

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Universidade Federal de Pelotas

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância (EAD)

Turma 5



**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS  
HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS DA UBS OTAVIO  
ROCHA, FLORES DA CUNHA/RS**

**Fabricio Cardozo Vicente**

Pelotas, 2015

**Fabricio Cardozo Vicente**

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E/OU  
DIABÉTICOS DAUBS OTAVIO ROCHA, FLORES DA CUNHA/RS, BRASIL**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado  
ao Programa Pós-Graduação em Saúde da  
Família, Modalidade EAD da Universidade  
Aberta do SUS – Universidade Federal de  
Pelotas, como requisito para a obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Glebson Moura Silva

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

V632m Vicente, Fabricio Cardoso

Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos da UBS Otavio Rocha, Flores da Cunha/RS , Brasil / Fabricio Cardoso Vicente; Glebson Moura Silva, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

113 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Silva, Glebson Moura, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha esposa que neste período de aprendizado jamais me deixou de incentivar e acompanhou com paciência cada conquista.

## **Agradecimentos**

Primeiramente agradeço a Deus por sempre iluminar neste trajeto.

A Glebson, meu orientador pela paciência principalmente nas primeiras semanas em que tudo era novo para mim, por suas rápidas respostas e exemplos que fizeram possível que o trabalho fosse acabado a tempo, pelo incentivo e ânimo quando as tarefas pareciam intermináveis.

A Ilda, enfermeira da UBS a qual foi fundamental neste processo sempre disposta a auxiliar, contribuir e ouvir.

A Denise, técnica em enfermagem, que conseguiu ajustar a agenda para cumprir com todos os compromissos e organizar os tempos da intervenção.

A Raquel, Maiara, Marília e Aline, agentes comunitárias de saúde, a quais devo boa parte do êxito da intervenção, responsáveis, criativas, com incentivo próprio e preocupadas verdadeiramente com cada membro da comunidade fizeram que o clima de trabalho se tornasse agradável e a maioria das metas pudessem ser cumpridas, obrigado por esse trabalho maravilhoso.

As novas integrantes da equipe Silvana e Gabriela que aceitaram o desafio de unir-se a este projeto na etapa final.

À nutricionista Bruna Marzarotto, a fisioterapeuta Andreia Carpegiani e a psicóloga Claudia Salvado, as profissionais que de forma desinteressada e sem maior remuneração que o carinho da comunidade se uniram à equipe para participar das palestras no projeto, doando seu tempo e entusiasmo.

Em especial agradeço à comunidade de Otavio Rocha que participou de forma ativa adaptando-se às novas diretrizes de funcionamento da UBS e deixando que a equipe fizesse parte de suas vidas retribuindo com palavras de ânimo cada iniciativa oferecida.

***“Saúde é algo que faz você achar  
que agora é a melhor época do ano.”***

***Franklin P. Adams***

## RESUMO

VICENTE, Fabricio Cardozo. **MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS HIPERTENSOSE/OU DIABÉTICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE OTAVIO ROCHA, FLORES DA CUNHA/RS, BRASIL, 2015. 112 fs.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no mundo tendo como principais fatores de risco a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. A região da serra Gaúcha não escapa desta realidade, em Flores da Cunha houve um aumento de diabéticos e hipertensos nos últimos anos, e, após a análise situacional verificou-se a necessidade de uma intervenção direcionada a este público. A intervenção ocorreu na Unidade Básica de Saúde – Estratégia Saúde da Família Otavio Rocha situada em Flores da Cunha/Rio Grande do Sul, de julho a novembro de 2014, com uso de ferramentas como os protocolos de atenção ao hipertenso e/ou diabético do Ministério da Saúde; Ficha-espelho, planilha de ação e monitoramento disponibilizada pela Universidade Federal de Pelotas. O foco da atuação foi na melhoria da atenção e assistência aos hipertensos e/ou diabéticos, estabelecendo melhores registros das informações, detectando usuários em risco para doença cardiovascular e promovendo a saúde na comunidade. Por meio da análise situacional, constatou-se que havia necessidade de conhecer esse grupo prioritário para melhoria da cobertura e dos serviços ofertados, pois não existia monitorização das ações preventivas, promocionais ou assistenciais, assim como baixo número de atividades educativas e adesão por parte da população. Dos 395 hipertensos e 98 diabéticos estimados, resultaram numa cobertura de 369 (93,4%) e 77 (78,6%), respectivamente. Após a intervenção, tivemos melhorias importantes, como a cobertura dos exames clínicos com finalidade epidemiológica em 100% dos usuários, assim como para exames complementares, busca ativa, estratificação de risco, orientações nutricionais, tabagismo, higiene bucal e prática de atividade física. O registro adequado na ficha de acompanhamento também mostrou resultados positivos, aumentando a adesão ao acompanhamento e controle da doença. Também possibilitou a formação de vínculos entre os membros da equipe, usuários e familiares. Portanto, apesar de ainda existir necessidade de melhorias no serviço, como o acompanhamento regular dos hipertensos e/ou diabéticos classificados como alto risco, por outro lado, podem-se celebrar as metas alcançadas e o maior comprometimento da equipe, da gestão e dos usuários, que favoreceram o alcance dos resultados apresentados.

**Palavras-Chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

### **Lista de Figuras**

Figura 1	Gráfico indicativo da Proporção de Cobertura do programa de Atenção ao Hipertenso, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	68
Figura 2	Gráfico indicativo da Proporção de Cobertura do programa de Atenção ao Diabético, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	69
Figura 3	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	70
Figura 4	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	71
Figura 5	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	72
Figura 6	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com exames complementares em dia, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	73
Figura 7	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos de Farmácia Popular-HIPERDIA priorizada, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	74
Figura 8	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos de Farmácia Popular-HIPERDIA priorizada, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	75
Figura 9	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento Odontológico, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	76



Figura 10	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento Odontológico, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	77
Figura 11	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos faltosos as consultas com busca ativa, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	78
Figura 12	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos faltosos as consultas com busca ativa, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	79
Figura 13	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	80
Figura 14	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	81
Figura 15	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	82
Figura 16	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	83
Figura 17	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação Saudável, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	84
Figura 18	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação Saudável, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	85
Figura 19	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com orientação sobre pratica de atividade Física, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	86

Figura 20	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com orientação sobre pratica de atividade Física, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	87
Figura 21	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com orientação sobre riscos do tabagismo UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	88
Figura 22	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com orientação sobre riscos do tabagismo, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	89
Figura 23	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com orientação sobre Higiene Bucal, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	90
Figura 24	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com orientação sobre Higiene Bucal, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	90
Figura 25	Fotografia de Fabricio Cardozo Vicente demonstrativa das atividades em grupo sobre alimentação saudável e tabagismo	92
Figura 26	Fotografia de Fabricio Cardozo Vicente demonstrativa das Atividades em grupo sobre atividade física. Projeto Caminhada saudável	92

### **Lista de Abreviaturas/Siglas**

ACS	Agente Comunitária de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino à distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SACA	Serviço de avaliação, Controle e Auditoria
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar
SAMU	Serviço de atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do câncer de colo de útero
SISMAMA	Sistema de Informação do câncer de mama
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito

## Sumário

APRESENTAÇÃO .....	14
1. ANÁLISE SITUACIONAL .....	15
1.1. Texto inicial sobre a Situação da Estratégia de Saúde da Família - ESF/APS .....	15
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	18
1.3 Comentário comparativo Do texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	28
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA .....	30
2.1 Justificativa .....	30
2.2 Objetivos .....	32
2.3 Metas .....	32
2.4 Metodologia .....	34
2.4.1 Ações e Detalhamento .....	35
2.4.2 Indicadores .....	47
2.4.3 Logística .....	52
2.4.4 Cronograma .....	56
3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO .....	57
3.1. Ações previstas e desenvolvidas .....	57
3.2 Ações previstas que não foram desenvolvidas .....	63
3.3 Coleta e sistematização dos dados .....	64
3.4 Análise da incorporação das ações à rotina do serviço .....	65
4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....	67
4.1 Resultados .....	67
4.2 Discussão .....	91
4.3 Relatório da Intervenção para a Comunidade .....	95
4.4 Relatório da Intervenção para os Gestores .....	97
5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM .....	99
REFERÊNCIAS .....	101
Anexos .....	102
Apêndices .....	108

## **APRESENTAÇÃO**

Começar a trabalhar num lugar onde não se contava com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) funcionando adequadamente, fez com que desde o primeiro momento tivesse que levantar prioridades e organizar junto com a equipe de saúde um caminho pelo qual transitar. Definitivamente a hipertensão e diabetes ganharam ênfase nesta decisão, pela falta de cobertura que estas enfermidades tinham na área de abrangência e pelas complicações decorrentes do não tratamento. A intervenção se realizou no Distrito de Otavio Rocha de Flores da Cunha, Rio grande do Sul, no período de 4 meses, de Julho a Novembro no 2014 fundamentando-se na premissa de que tais doenças podem ser prevenidas e/ou controladas.

O presente trabalho está estruturado em seis seções. O primeiro é a Análise Situacional, que inclui o panorama geral da situação da região, tanto demográfica como geográfica, econômica e social, incluindo os aspectos da saúde mais relevantes. É seguida pela Análise Estratégica que abarca o planejamento da intervenção e foi realizado antes de começar a mesma, inclui: Justificativa, Objetivos, Metas, Metodologia, Ações e Detalhamento, Indicadores, Logística e Cronograma. A próxima seção é o Relatório da Intervenção onde se expõe todas as atividades realizadas referentes ao foco da intervenção, as dificuldades encontradas e as mudanças que foram realizadas na prática em relação ao projeto.

A quarta seção é a Avaliação dos Resultados da Intervenção que inclui: Resultados com os gráficos dos indicadores, Discussão, Relatório da intervenção para Gestores e Relatório da Intervenção para a Comunidade. A quinta é a Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem, desde o começo da prática da especialização em Saúde da Família, até a conclusão da Intervenção. Finalmente, na última seção se encontram as Referências Bibliográficas onde se apoiou a fundamentação deste trabalho, assim como os Anexos e Apêndices com o material utilizado durante a realização da intervenção.

## **1. ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1. Texto inicial sobre a Situação da Estratégia de Saúde da Família - ESF/APS**

A Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada em um distrito rural de Flores da Cunha no Rio Grande do Sul, uma localidade chamada Otavio Rocha de colonização Italiana, com plantação de uva, morango, pêssego, cebola e alho. Conta com uma população de 2.600 pessoas, muitos deles idosos com incapacidades a considerar.

A Unidade abre as 7:30 as 11:30 e das 13 às 17hs, e contamos com uma equipe formada por 1 médico, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, 6 agentes de saúde e 1 dentista, este último trabalha apenas 20hs semanais, diferente do outros membros da equipe que perfazem uma carga horária de 40h/sem. A ESF foi implantada recentemente, com a chegada do médico (Programa Mais Médicos) em outubro de 2013. Para começar, nossa principal dificuldade está na Saúde Bucal, pois sai de nossa governabilidade o aumento de horas de trabalho para este profissional e a secretaria julga não ser necessário tal ajuste, com isso continuamos com uma deficiência no atendimento e ações voltadas para o eixo odontológico.

Hoje no Brasil contamos com muitas leis e declarações que proclamam os direitos de acessibilidade, mais nossa UBS tem grandes deficiências estruturais:

- Estamos em um prédio alugado no segundo andar (apartamento) sem saídas emergências ou acessos secundários.
- Acesso principal conta com 22 degraus, uma entrada posterior com 4 degraus.
- Ausência de rampas.
- Calçada com níveis que se torna impossível o equilíbrio de uma pessoa de maior idade.
- Pisos sem antiderrapantes.
- Ausência de corrimão nos corredores das UBS.
- Não contamos com banheiros adaptados para cadeiras de rodas ou

outras deficiências e não temos banheiro para funcionários.

Algumas vezes foram realizadas consultas dentro do próprio automóvel, pois são contamos com cadeira de rodas para locomoção de usuários que não conseguiam chegar a UBS. Outro problema é que não temos espaço adequado, tudo é muito limpo e ordenado, mas o espaço é reduzido, a sala de espera é junto com a recepção, a equipe não conta com sala de acolhimento, que é feito no lugar onde funciona a farmácia, nem sala para atividades de grupo. Assim que os grupos são formados, as atividades são realizadas em salões da comunidade; a sala de curativo, de recuperação e de esterilização é no mesmo ambiente, e, muitas vezes, temos que terminar administração de uma medicação intravenosa para realizar um curativo algo que atrasa bastante nosso trabalho. Tanto a sala de vacina como a de reunião para agentes fazerem anotações está no mesmo ambiente, porque onde as agentes normalmente se reuniam é uma garagem em condições insalubres, ou seja, nossa qualidade de desinfecção e assepsia da sala de vacina não é a ideal porque contamos com um fluxo constante de pessoas e nunca está numa temperatura ideal para os imunobiológicos e crianças que ali frequentam.

Para tentar diminuir tal abismo de acessibilidade, buscou-se a reabilitação social para proporcionar melhor segurança e conforto por meio de visitas domiciliares semanais, garantindo a atenção aos usuários, e, com isso estamos deixando de realizar consultas relâmpagos nos Carros na porta da UBS em prol de uma atenção de melhor qualidade.

Também faltam equipamentos, insumos, medicamentos e materiais bibliográficos. Uma das grandes limitações da UBS é de equipamentos e insumos para controle ginecobstétrico - falta desde um espécule até a mesa ginecológica e a lista de medicamentos necessários para atuação na atenção básica. Faltam anti-inflamatórios, não temos códex por exemplo só com ibuprofeno 300 mg, que não atinge as necessidades das usuários com problemas álgicos e inflamatórios ocasionados por sobrecarga física que realizam em suas atividades rurais. Na Comunidade não contamos com uma Farmácia privada, os usuários têm que ir até a cidade que está a 12 km para comprar medicamentos mais eficazes, como a maioria não tem transporte próprio, não realizam o tratamento conforme a indicação, voltando pelo mesmo motivo

nos dias subsequentes e aumentando a demanda por consultas.

Estamos numa situação de falha em Biossegurança, medidas de prevenção, controle, minimização ou eliminação dos riscos, então como pode uma profissional realizar curativo (ambiente contaminado) e esterilizar materiais na mesma sala? Estamos indo contra todas as normas de biossegurança para o profissional e para a comunidade, o que é mais grave considerando que os usuários em sua maioria são idosos com hipertensão e/ou diabetes.

Estamos numa população rural onde as pessoas se preocupam mais com o trabalho que com elas mesmas e para aumentar este abismo, descuidamos de seus direitos em ter um sistema de saúde que garanta os princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Isso se reflete em nossa realidade com mulheres com vida sexual ativa que nunca realizaram citopatológico, gestações em curso com consultas obstétricas a baixo do esperado, diabéticos e hipertensos sem tratamento ou sem controle.

Outro ponto a ressaltar é que as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) estão trabalhando em microáreas a 10 a 13km da Unidade, algo que sem um meio de transporte é impossível de realizar, muitas vezes caminham todo um dia para realizar 3 visitas; entretanto, está previsto um automóvel para facilitar a locomoção dos ACS até os usuários que não podem acessar a unidade de saúde.

Em Otavio Rocha estamos atuando com uma população de alto nível econômico, mas, também com uma população de empregados de safra que são os que mais frequentam a UBS, porém são os que menos participam, sendo assim, é nossa obrigação dar voz ativa a essa classe de trabalhadores que estão separados da unidade.

Temos como desafio ser uma base resolutiva em uma região onde nunca se pensou ver a UBS como uma base para a saúde, pois nunca contou com profissionais engajados, onde os planos de saúde sempre foram à base para o bem-estar com maior resolutividade. Estamos lutando para mudar esta realidade, pois a maioria dos usuários vinha à UBS só para renovação de receitas ou para retirar medicações. A equipe tem em mente que não serão simples as mudanças na estrutura, e que somos os



responsáveis por um melhor engajamento da comunidade com a UBS, portanto os profissionais precisam estar capacitados, comprometidos, engajados, com espírito de servir, levando sempre em consideração as necessidades da comunidade como sendo suas próprias necessidades.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Para buscar o engajamento público é bom considerar a história desta comunidade; a UBS está localizada no município de Flores da Cunha que tem uma população estimada em 30.000 habitantes e desde o ano de 1876 passou a ser colonizado por imigrantes italianos que em 1885, formaram a vila de Nova Trento e em 1890 se transformou em distrito, pertencente a Caxias do Sul. Desde os primeiros anos do século XX, uma comissão formada por lideranças comunitárias locais, descontentes com a pouca atenção dada pelo município mãe, lutava pela emancipação do distrito, o que só foi possível o 17 de maio de 1924. O dia 21 de dezembro de 1935, através de um Decreto Municipal assinado pelo então Prefeito Heitor, alterou a denominação do município de Nova Trento para o de Flores da Cunha. Foi uma homenagem ao então governador do estado General José Antônio Flores da Cunha, que, entre outras iniciativas beneficiou o município com a instalação do telégrafo, do Laboratório Bromatológico e com estudos para a construção de um ramal férreo entre Caxias do Sul e Nova Trento.

Dentre as características que marcam o município se encontra a preservação dos costumes dos imigrantes italianos, especialmente na gastronomia e na religiosidade destacando-se a polenta frita, a sopa de *agnolini* e as pastas como as comidas mais procuradas. A cidade também é a maior produtora de vinhos do Brasil, 2ª maior produtor de uva, 2º polo moveleiro e o 1º produtor de bebidas alcoólicas do estado, segundo Gissely Lovatto Vailatti - Prefeita de Flores da Cunha.

Nossa UBS “Otavio Rocha” está situada na zona rural, localizada a 12 km da cidade de Flores da Cunha e compartilha de todas as características mencionadas anteriormente. Com relação ao nome, segundo Laytano (1988): “Em 1924 - Joaquim Mascarelo, nomeado Intendente, de Nova Trento, quis homenagear o amigo o Dr. Otávio Rocha, que ajudara no processo de emancipação, daí deu o nome de - Otávio

Rocha ao recém-criado distrito.” Atualmente tem uma população estimada de 2.600 habitantes tendo principal fonte de renda as atividades rurais de plantação de uva, morango, pêssego, ameixa e cebola. Além da sua desenvolvida agricultura se encontram na zona várias empresas vinícolas e moveleiras, bem como, o município apresenta um setor terciário desenvolvido através de uma rede de turismo e de hotelaria. Destaca-se no setor de turismo, com hotel, pousadas e restaurantes. Ademais, o município também está integrado ao projeto turístico, “Caminhos da Colônia” que une Caxias do Sul a Flores da Cunha, onde Otávio Rocha, com seus atrativos turísticos, é um dos pontos fortes do roteiro.

A UBS começou a funcionar em setembro de 1994 com a presença de duas técnicas em enfermagem, que cumpria 40hs semanais e um médico, que assistia uma vez por semana por 8hs, não havia seguimento de usuários, o que se realizava eram atendimentos esporádicos, renovação de recitas e vacinas. Foi em outubro do ano 2013, quase 20 anos depois, quando se começou a implementar a estratégia de saúde da família, com um médico fixo na unidade 40hs semanais e, em novembro do mesmo ano se incorporaram a equipe uma enfermeira e 3 agentes comunitárias de saúde, este foi o momento que a nossa UBS começou a funcionar com um maior vínculo com a comunidade.

Nosso sistema de funcionamento conta com uma Unidade central, no centro de Flores da Cunha que realiza atendimentos a demanda de urgências e emergências e demais especialidades, como pediatria e tocoginecologia. Contamos com 5 unidades que presta atenção a saúde da família com atendimentos de 8hs diárias. No município contamos com o apoio do hospital Fatima que nos presta seus serviços de forma gratificante, onde atendem especialistas, urgências e emergências que não são possíveis de se solucionar na unidade central como casos de internação. Para exames de laboratório de rotina contamos com 2 laboratórios que nos prestam tal atendimento para USB; e radiografias com 2 clinicas. As especialidades que não se encontram disponíveis no Hospital Fatima são realizadas com uma referencia via secretaria, que nos orienta através de uma central municipal de agendamentos de consultas e de exames de maior complexidades são realizados em sua maioria no Hospital geral de Caxias do Sul e Farroupilha ou através de convênios com centros especializados da

região.

Quanto a nossa UBS temos total dependência do SUS, pois todas as nossas medidas são voltadas para atendimentos primários, prevenção e rastreamento, havendo necessidade de uma maior complexidade ou especialidades necessitamos do SUS para agendamentos ou autorização de procedimentos. Estamos em tentativas de fazer parcerias com profissionais voluntários de nutrição, educação física, psicologia e fisioterapia, todos do setor privado, para que nos possam oferecer apoio em tais áreas que contamos com muitas dificuldades. Em nossa UBS contamos com uma equipe/ESF composta por um profissional médico, uma enfermeira, duas técnicas enfermagem, quatro agentes de saúde; o que nos deixa em falta de muitos profissionais, entre eles odontólogo, o atendente ou secretária para organizar prontuários, agendar procedimentos ou consultas eletivas.

Como foi mencionado anteriormente nossa estrutura física deixa muito a desejar, pois estamos localizados em uma zona favorável do distrito mais contamos com instalações impróprias para uma Unidade de saúde. O edifício em que estamos instalados é um apartamento alugado no segundo andar com um acesso anterior com 22 degraus com um lance de cinco degraus, ficando assim difícil o acesso para muitos usuários. Não contamos com uma sala de espera esta junto com a recepção ficando muitas vezes difícil ou inviável realizar orientações em tal lugar. Sala de vacina esta localizada no centro da UBS, ou seja, na sala, um local de maior trânsito de pessoas, pois todos passam por ai por um motivo ou outro, ficando assim impossível cumprir objetivos tratados pela vigilância epidemiológica com respeito ao ambiente de vacinas. Os banheiros estão em local impróprios localizados entre os consultórios médico e odontológico, ficando muitas vezes difícil o acesso de usuários aos consultórios pelos movimentos de usuários para os sanitários.

Um dos aspectos de grande deficiência é que não contamos com uma sala onde a equipe possa realizar triagem, acolhimento ou ouvidoria dos usuários, muitas vezes a ouvidoria é realizada na sala que é destinada a ser a farmácia, se a farmácia esta ocupada é realizada a ouvidoria nos corredores sendo impossível ofertar um acolhimento ideal para nosso usuário. Para solucionar estes problemas estamos realizando mudanças na unidade, ou seja, construindo paredes improvisadas para

dividir salas formando novos ambientes, tentando assim realizar o trabalho de maneira individualizada e organizada. Sobre a escada já foi levado ao conhecimento dos gestores que nos informou da impossibilidade de mudança, pois se trata de um edifício alugado, e contrato com restrições.

Assim, quanto ao acolhimento dos usuários a única forma encontrada até o momento para solucionar este problema é ser realizada na sala de espera, enquanto esta se tratando de realizar mudanças estruturais com objetivo de criar um ambiente para uma ouvidoria qualificada. Em janeiro deste ano foi realizada uma reunião na Secretaria de Saúde do Estado em Porto Alegre. Na oportunidade estiveram reunidos no Gabinete da Secretária o Chefe do Executivo Municipal, Lídio Scortegagna, a Secretária de Estado da Saúde, Sandra Maria Sales Fagundes, o Secretário de saúde de Flores Vanderlei Stuari, a Coordenadora regional Solange Sonda e o Chefe de Gabinete de Flores Elio Dal Bó.

O objetivo da reunião foi o encaminhamento por parte do município de Flores da Cunha do projeto técnico para receber um aporte de R\$ 500.000,00 do Governo do Estado para a conclusão da UBS em Otávio Rocha. O custo da obra gira em torno de 650 mil reais, aproximadamente. A estrutura da UBS vai contar com sala de recepção, consultórios médicos e odontológicos, salas para procedimentos, vacinação, enfermagem, espaço para reuniões, ambiente de esterilização, contando ainda com depósito de materiais de limpeza, cozinha, almoxarifado e sanitários. A implementação deste projeto solucionaria os problemas estruturais da unidade.

A UBS possui uma área com uma estimativa de 2.600 habitantes, não contamos com uma estimativa atualizada, pois nos falta duas micro áreas ha serem cadastradas. Nossa área de abrangência conta com uma estimativa de 31 menores a 1 ano, só com 18 cadastrados, denominador bem abaixo das expectativas. Que certamente se aproximará ou ultrapassará tal estimativa após cadastramento. Contamos com uma estimativa de 53 menores de 5 anos; de 5 a 14 anos, com 372, segundo mapeamento, um valor aproximado ao denominador que é de 386. Contamos com uma estimativa 1732, segundo mapeamento, valor que supera o denominador 1703, para a população de 15 a 59 anos. Maiores de 60 anos contaram com uma estimativa de 443, ultrapassando o denominador 355. Estes dados demostram que é

uma área que tem muitos idosos, poucas crianças, e a população adulta é relativamente alta, apesar de todas as deficiências estruturais e de profissionais; a atenção da UBS está focada principalmente nesta população, sendo que nossa maior ênfase é nos idosos, hipertensos e/ou diabéticos por contarmos com um número expressivo destes usuários em nossa comunidade, sendo o serviço adequado para esta comunidade. Na zona se distingue um grupo socialmente vulnerável que são o grande número de trabalhadores diaristas nômades que se deslocam buscando trabalho na colheita de uva, morango e cebola, muitos vivem em condições precárias de moradia.

Por outro lado, considerando que estamos localizados em uma região de um nível social elevado onde nunca se logrou ver a UBS como uma base para a saúde, pois nunca contou com profissionais engajados em mudar tal realidade, e os planos de saúde sempre foram à base para a Saúde trazendo maior resolutividade. Estamos lutando para mudar esta realidade, pois a maioria dos usuários acionava a UBS para renovação de receitas ou para retirar medicações e por isto Ser base/Resolutiva e a principal prioridade que estamos buscando na UBS.

Para consegui-lo todos os membros da equipe trabalham 40h semanais na unidade e estão engajados em suas funções: o médico realiza atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade (como não contamos com uma área totalmente definida, muitas vezes fica difícil saber se são usuários de nossa abrangência ou não), realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; participa das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; os agentes Comunitário de Saúde trabalham com adstrição de famílias em base geográfica definida, a micro área, cadastram todas as pessoas de sua micro área e mantem os cadastros atualizados (por não contarmos com uma área geográfica totalmente cadastrada, e estarmos em uma localidade onde os moradores são muitas vezes sazonais, estamos encontrando uma dificuldade para trabalhar com adstrição de famílias); a enfermeira realiza atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas e associações), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade, também planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; as

técnicas de enfermagem realizam ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e participa das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços Comunitários.

Hoje dentro da nossa comunidade de uma forma geral podemos dizer que o impacto da equipe esta sendo muito positivo, pois se nota a satisfação que os usuários tem com a unidade mesmo que tenhamos muitas atribuições que não podemos realizar, ocasionados por uma problemática secundaria que não depende do Esforço da equipe mais dos gestores a níveis municipal e até estadual. Infelizmente, ainda não podemos cumprir de forma satisfatória o cadastramento de todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados, pois não contamos com agentes de saúde em 2 áreas, tampouco podemos realizar prevenção atenção de qualidade a muitas dessas pessoas pois não contam com cadastro tampouco cartão SUS.

Para poder cumprir com tais atribuições é necessária a contratação de 2 agentes de saúde em forma de concurso, uma forma de poder ofertar um pouco de estabilidade para tais membros da equipe tão uteis mais pouco valorizados por muitos setores da gestão. Além disso, faltaria urgentemente um profissional odontológico de 40 horas semanais que forme parte da equipe, já que a UBS conta com um profissional que só atende 20 hs. semanais e não faz parte da ESF. Com 12 atendimentos semanais, que é com o que conta a unidade, não se pode realizar saúde bucal em uma população de aproximadamente 2600 hab. Tudo isso se reflete nos usuários que tem que agendar consultas com 1 mês de antecedência e quase nunca sobra espaço para urgências. O usuário que tenta atendimento na unidade Central não é atendido na maioria das vezes por ser de uma região de ESF, que deveria dar-lhe atenção e não dá, então, se não tem condições de uma atenção privada, muitas vezes, passam dias com suas queixas até encaixar um horário para seu atendimento.

Mas, por outro lado em nossa UBS a demanda espontânea está sendo bem atendida. Contamos com 10 atendimentos agendados com espaço para 2 demandas espontâneas por turno, totalizando 12 atendimentos turno. O acolhimento de tais demandas é realizado pela enfermeira da equipe onde busca sinais de vulnerabilidades (idade, desidratação, dor torácica, comorbidades descompensadas, sinais vitais

alterados) onde o médico é avisado da situação real do usuário e o mesmo realiza uma nova anamnese e exame físico, sem contarmos com estrutura física, matérias e insumos e medicamentos necessários para solucionar de forma adequada tal demanda, caso não tenhamos condições, acionamos a rede de atenção a urgências SAMU, que como já foi mencionado, encaminha usuário para o hospital de referência.

Em relação à saúde da criança, não contamos com um sistema de registro adequado, pois a consulta é realizada pelo serviço de pediatria, no centro da cidade de Flores da Cunha, onde o pediatra que recebeu o Recém-Nascido - RN realiza seguimento até os 12 anos de idade; nossa UBS realiza serviço de apoio como uma rede para necessidades e rastreamento de consultas, que deriva ao pediatra. Hoje podemos dizer que 100% dos menores de um ano tem suas consultas de puericultura antes dos 7 dias de vida através do serviço de pediatria ou pelo médico da ESF. Para melhorar atenção a menores a 1 ano é de grande valia um sistema de registro onde não somente o serviço de pediatria conte com informações da criança como também a rede de apoio a ESF.

Outro ponto que colaboraria para melhor qualidade da atenção saúde criança seria se as consultas de puericultura depois dos 7 dias de vida, fossem realizadas pelo médico saúde da família, porque muitas vezes realizamos avaliação de crescimento e desenvolvimento mais não temos dados para realizar diagnósticos, pois não estamos acompanhando a criança para saber com exatidão tal problemática.

Toda a equipe está constantemente trocando informações sobre os usuários desde a enfermeira com controle de consultas agendadas na unidade central, como a técnica com o agendamento de vacinas e controle de peso como as agentes que nos brindam com informações atuais das consultas realizadas a domicílios. As consultas de controle de puericultura segue protocolo estipulado pelo serviço de pediatria. Realiza-se o monitoramento e a busca ativa por usuários faltosos a consultas realizadas na unidade central que são pré-agendadas e realizadas pela equipe local.

Na UBS não se realiza de forma direta controles pré-natais, contamos com um serviço de obstetrícia na unidade central que realiza todas as avaliações e em nossa UBS há os acompanhamentos domiciliares e atividades grupais. Com um registro conjunto onde temos todas as gestantes e puérperas cadastradas com telefones e

endereço. Quando recebemos uma mulher com amenorreia, por exemplo, solicitamos, gonadotrofina coriônica humana - bhcg com consulta marcada para mostrar exames, uma vez positivo, solicitamos exames básicos de 1º trimestre, agendamos consultas posteriores com serviço de obstetrícia, que nos informa do seguimento a realizar com tal gestante. Contamos com um pré-natal de excelente qualidade, onde 100% das gestantes cadastradas, 10 gestantes, aderiram ao programa humanizado de pré-natal, com rastreamento por nossa equipe ESF em conjunto com serviço obstetrícia da unidade Central. Hoje a melhor forma de ofertar este pré-natal de qualidade é através do sistema em conjunto com UBS central, pois nossa UBS não está bem estruturada para fazer atendimentos a tais usuários, pois todos os acessos contam com lances de escada.

Além disso, não contamos com um registro que nos possa levar a preencher com maior qualidades os dados do caderno, os dados apresentados são estimativas realizadas pela secretaria de saúde, com base em registro realizados na Unidade Central. É deficiente nossa cobertura de prevenção principalmente por não sabermos o total de mulheres em risco, em um total aproximado de 1100 mulheres de 25 a 65 anos, somente 68% (748) delas conta com citopatológico em dia; ainda temos 16% com atraso maior 6 meses, ou seja, nossos indicadores deixam muito a desejar uma vez que não expressam a total realidade por falta de dados conclusivos. Mais apesar disso todas as gestantes seguem acompanhamento e busca ativa na unidade para manter as consultas pré-agendadas dentro do protocolo estipulado pelo serviço de obstetrícia. As atividades educativas são realizadas nas consultas de monitoramento na UBS como nas visitas domiciliares pela enfermagem como também pelas ACS.

Em relação ao câncer de colo uterino a melhor forma de contribuir e melhorar qualidade do controle na UBS é orientar as mulheres a estar atenta a eventuais sangramentos menstruais após a menopausa, manter hábitos de vida saudáveis, como alimentação nutritiva e sem excesso de gorduras, exercícios físicos regulares, manutenção do peso ideal, bem como controle adequado do diabetes e de outras doenças associadas. São medidas muito importantes na prevenção do câncer de útero e de diversos outros problemas graves de saúde, como também para aumentar adesão das mulheres aos exames.



Quanto ao controle do câncer mama, não sabemos o número total de mulheres que deveríamos assistir, pois não temos o total da área cadastrada e nunca se realizou controle físico preventivo nesta unidade, tal assistência esta sendo ofertada ate exato momento pela Unidade central. Não contamos com um manual técnico ou protocolo definido para prevenção câncer mama, as medidas ate o momento padronizadas são orientações a todas as mulheres sobre exame físico domiciliar, como se realiza exame físico mamários, mas consultas e controle USG mamária apenas no serviço de tocoginecologia. A forma de melhorar a qualidade de cobertura preventiva do câncer mama é a educação da mulher e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer.

Devido à falta de dados de toda a micro área da UBS, se considero a população estimativa total de 1740 hab. com 20 anos ou mais e Hipertensas (22,7% da população total desta faixa etária) da Vigitel (2011), que equivale a 395 pessoas e para a população de diabéticos também se utilizou a estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (5,6% da população total desta faixa etária) da Vigitel (2011) equivalente a 98 pessoas. Até o momento nas micro áreas cadastradas nossa população tem 196 hipertensos e 42 diabéticos totalizando uma porcentagem de 11% e 2,5%, respectivamente. Na unidade cada usuário conta com um registro de exames, onde são solicitados de forma periódica. Ações que nos podem auxiliar pra prevenção são a educação familiar sobre hábitos alimentares e físicos, ou seja, orientações de como preparar alimentos que muitas vezes temos em nossas próprias casas de forma saudável, tal orientação poderia ser dada por um nutricionista, como também realizar exercícios físicos ministrados por um profissional educação física, não direcionada em especial para os usuários do programa, mas para toda a família, gerando também um maior engajamento. Começaremos a realizar grupos semanais em 4 comunidades do distrito de Otavio da Rocha onde todos os profissionais da equipe estão engajados em dispor de melhor qualidade na atenção, e estamos recebendo engajamento reciproco da comunidade.

Nossa realidade não escapa ao envelhecimento populacional que é um fenômeno natural, irreversível e mundial, o efeito combinado entre diminuição dos níveis de fecundação e mortalidade tem transformado os padrões etários da população

brasileira como também da comunidade de Otávio Rocha na cidade de Flores da Cunha. Esta informação se complementa comparando as proporções de população brasileira com a nossa, os dados de menores a 1 ano que temos como estimativa em uma população de 2600 habitantes é de 31 e nós contamos com uma realidade de 18 comprovando a redução da fecundação. Quando se fala em maiores a 60 anos se tem uma estimativa de 355 e nossa realidade é de 443 comprovando mais uma vez ou aumento na faixa etária em nossa região. Os dados para tais informações foram extraídos do registro cadastral da população SIASUS como também pelo sistema de informação atenção básica. O número estimado de idosos maiores a 60 anos está abaixo da nossa realidade. Em nossa realidade contamos com 6,8% da população acima de 60 anos que nos dá um número 443 idosos, uma porcentagem acima da estimativa do caderno de ações programáticas, e mais baixas do representado pelo IBGE para a população brasileira. Não contamos com uma cobertura de forma direta, pois não realizamos atividades como grupo do idoso, nossa cobertura é de forma indireta, pois alcançamos a maioria dos idosos no grupo de hipertensos e/ou diabéticos. Para poder brindar uma melhor qualidade de atenção à saúde do idoso nos falta implementar o cartão do idoso como também grupos com atividades para melhorar sua independência e autoestima.

Estamos em meio a uma construção de uma UBS com ESF, são muitas as dificuldades desde falta de infraestrutura, falta de materiais básicos até profissionais responsáveis pelo mapeamento e cadastramento da unidade, o que nos leva a não cumprir com certas atribuições com a comunidade, tais problemas são superados pelos recursos humanos que contamos, os profissionais engajados em ofertar melhor qualidade de vida a população colocando todos seus Esforço e às vezes recursos próprios para atingir tais objetivos. Este trabalho conta com apoio da gestão que sempre que possível acata a nossas necessidades, que desde o primeiro momento ficou responsável por uma ESF com área mapeada e cadastrada que até o momento não pode realizar como planejado. Com tal problemática de não ter uma área 100% demarcada e cadastrada nos surgem usuários nômades que muitas vezes damos atenção, incorrendo em queixas de outros usuários cadastrados dos quais se exige cartão SUS e residência a mais de 3 meses na localidade. Apesar disto, a

sensibilização da população com a nova forma de realizar atenção à saúde vem sendo muito bem recebida; são realizadas palestras orientadoras do funcionamento da UBS e nossos objetivos com tais mudanças, levando assim a uma melhor aceitação da população com a mudança no trabalho.

Nosso maior desafio, como já foi exposto anteriormente, é a deficiência de profissionais, por esse motivo não conhecemos o número exato da população da área programática, dificultando o cadastramento como monitoramento, sem falar no espaço físico onde na falta salas para realizar uma ouvidoria individualizada. Mesmo com tais dificuldades contamos com uma Equipe que se supera a cada dia com disposição para enfrentar longas distancias entre famílias, passam por caminhos impróprios para realizar visitas mesmo assim não queixa da equipe, mas segue buscando novas formas para poder implementar as práticas solicitadas, sendo flexível como a população, buscando soluções para todas a dificuldades dos usuários com um engajamento surpreendente priorizando sempre a ética e a responsabilidade para com todos.

Concluimos que nossa UBS por estar em fase de implantação não conta com registros eficientes, para responder o caderno de ações programáticas, temos uma carência enorme de monitoramento para idosos, crianças e saúde bucal. Nossa equipe tem realizado um trabalho de forma muito comprometida pois temos conseguido resultados favoráveis quando se trata de cadastramento, engajamento da população, atividades voltadas para saúde do hipertenso e/ou diabético. A equipe está sempre disponível e flexível para as mudanças que nos auxiliem em ofertar uma melhor atenção a nossa comunidade.

### **1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

O texto inicial da situação da UBS foi realizado de maneira subjetiva, ressaltando especialmente todos os problemas que faziam com que o trabalho fosse mais difícil. Demonstrou as primeiras impressões do serviço. No segundo texto se explicou o contexto geral da UBS Otavio Rocha numa visão mais amadurecida do contexto, relacionando-o com a saúde e a nova forma de trabalhar com a incorporação da equipe em outubro do ano 2013, trazendo mudanças nas concepções de APS e

UBS/ESF por parte da equipe e comunidade.

O primeiro texto foi a base para o segundo, onde além da identificação dos problemas se buscou as causas, os porquês, quais podiam e deviam ser modificados, e quais soluções eram possíveis, considerando mais profundamente as características demográficas, históricas, epidemiológicas e culturais da região. O Relatório de Análise Situacional é um texto mais maduro, que ressalta as debilidades e fortalezas encontradas, na busca de definir o tema da intervenção considerando as necessidades mais urgentes da área de abrangência. Não houve discrepâncias entre os textos, mas complementação de ideias, sentidos e realidades.

## **2. ANÁLISE ESTRATÉGICA**

### **2.1 Justificativa**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um sério problema de saúde no Brasil, tanto por sua prevalência elevada como por suas taxas de morbimortalidade. É uma patologia por si mesma e um fator de risco clássico para as doenças do aparelho circulatório, além de interferir diretamente na qualidade de vida das pessoas por ela acometidas e na de seus familiares (FAJARDO, 2006).

O diabetes mellitus também é um importante problema de saúde pública. Priscila Pereira (2007) sugere que seu incremento na sociedade contemporânea, vem exigindo a formulação de políticas públicas que englobem a diversidade de fatores relacionados à sua ocorrência. No Brasil, a condição da Estratégia de Saúde da Família, como eixo estruturante da atenção e porta de entrada preferencial do Sistema de Saúde, a coloca como locus privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento do diabetes.

Considerando esta realidade e como surge este projeto. Em Caxias do Sul, cidade que fica a só 20 km de Flores da Cunha, a prefeitura, por meio da Secretaria da Saúde registrou um aumento de 11% de diabéticos e de 9,3% de hipertensos nos últimos 3 anos. Isto demonstra a incidência destas enfermidades crônicas na região, que se não fossem abordadas, os percentuais, seguirão aumentando.

Nossa UBS está localizada na zona rural de Flores da Cunha, é uma unidade de 20 anos de funcionamento com apenas 9 meses como Estratégia de Saúde da Família - ESF, está funcionando em um prédio alugado com uma sala de espera junto com a recepção, outra habitação para a farmácia, sala vacina, sala procedimentos, um consultório médico com banheiro, um consultório odontológico e um banheiro público. Nossa equipe está constituída por um médico, uma enfermeira, duas técnicas enfermagem e 4 agentes comunitárias de saúde – ACS, em uma área com 2600 habitantes aproximadamente, já que tem pessoas que por motivos laborais moram temporariamente na região e quando acabam as safras, especialmente da uva, emigram a outras zonas. No momento de fazer este projeto a área ainda está sendo cadastrada e tem duas microáreas que não estão sendo atendidas por falta de ACS.

Neste momento um estimativo de 57% dos hipertensos e 64% de Diabéticos estão dentro do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, mais provavelmente os números mudem novamente quando todas as microáreas forem cadastradas. O número de hipertensos e/ou diabéticos tendem a aumentar em uma população com hábitos alimentares equivocados e com pouco acompanhamento médico, este e o caso de nossa área, onde a população chega à terceira idade com um estado de saúde deteriorado por falta de atenção, especialmente destas doenças.

A população alvo da nossa ação são diabéticos e hipertensos não cadastrados aos quais se espera inclui-los no Programa e os cadastrados que não são acompanhados pela ESF, nos quais se busca intervir a fim de diminuir o tratamento farmacológico, mantendo níveis adequados tanto de glicemia como de tensão arterial. Tendo como referência o Protocolo do Hospital de Clínicas Conceição de Porto Alegre, confeccionado com base no protocolo do MS para o hipertenso e/ou diabético, estar-se-á buscando uma melhor qualidade na consulta, na anamnese, exame físico, avaliação de orientações recebidas para saber se foram realmente entendidas, como também avaliação da satisfação do usuário com a ESF, pois o protocolo direciona a conduta profissional por meio das diretrizes e papéis determinados.

E quanto à promoção da saúde neste grupo, consiste em atividades para a transformação dos comportamentos dos indivíduos, focadas em seus estilos de vida e promovendo uma modificação na sua maneira de pensar e agir. Pensando assim, se estará implementando orientações para um melhor estilo de vida, com uma dieta adequada, atividades físicas e orientações sobre as bebidas alcoólicas e o cigarro.

Espera-se alcançar por meio deste projeto 90% de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados com acompanhamentos que tenham como objetivo uma mudança no estilo de vida e assim diminuir o tratamento farmacológico como também diminuir a incidência e a prevalência de tais patologias e de suas consequências. Toda a equipe está ciente de tal objetivo e está comprometido em sua realização.

A maior dificuldade para realizar nossos objetivos se concentra nos usuários que são trabalhadores diaristas onde é difícil fixar um horário onde eles possam participar das atividades do Programa e ter acesso aos privilégios de prevenção e promoção a saúde. Esta situação será abordada a partir das visitas domiciliares

marcada, onde se possa atender estas pessoas. Como consequência em longo prazo da implementação deste projeto buscar-se-á atingir o ideal de uma população idosa com maior qualidade de vida e com menores índices de hipertensão e diabetes.

## **2.2 Objetivos**

Objetivo Geral: Melhorar a Atenção à Saúde de Hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da UBS Otavio Rocha, Flores da Cunha/RS.

### Objetivos Específicos:

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Objetivo 5. Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular  
Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos

## **2.3 Metas**

Relativas ao Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos:

**Meta 1.1:** Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Meta 1.2.** Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

**Meta 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Meta 2.3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4.** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

**Meta 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Relativas ao Objetivo 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa:

**Meta 3.1.** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

**Meta 3.2.** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações:

**Meta 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 5 - Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular:



**Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos:

**Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos

**Meta 6.5.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.7.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.4 Metodologia**

O acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos é uma ação programática importante desenvolvida na unidade de saúde, tendo como uma das finalidades principais uma mudança no estilo de vida destes usuários e assim a diminuição das consequências destas enfermidades e do tratamento farmacológico, almejando, a longo

prazo uma população idosa com maior qualidade de vida e com menores índices destas doenças.

Com o objetivo de promover melhorias na atenção aos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência, resolveu-se, após a análise situacional, intervir nesta ação programática. Para a realização dessa intervenção, o Protocolo a ser seguido será o relatório anual “A Organização do Cuidado às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica em Serviços de Atenção Primária à Saúde” e “A organização do cuidado às pessoas com diabetes mellitus tipo 2, em serviços de atenção primária à saúde” (Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre, 2011).

A intervenção será realizada num período de 16 semanas, programada para iniciar em 14 de julho de 2014, sendo desempenhadas as ações na Unidade de Saúde Otavio Rocha, através de acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos, pertencentes à área da unidade de saúde. A captação dos mesmos será realizada na UBS, assim que o usuário procurar atendimento na unidade, já será marcado sua consulta com a enfermeira, que o cadastrará no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. Os dados coletados destes usuários serão repassados para caderneta, ficha espelho (Anexo 1) e prontuário, que contém todas as informações necessárias para o seu acompanhamento, sendo posteriormente transferidas para as planilhas de coleta de dados da intervenção (Anexo 2), também serão realizadas atividades como: Grupos de hipertensos e/ou diabéticos, orientações, integração de toda a equipe multiprofissional durante o cuidado, capacitação da equipe sobre os protocolos e os instrumentos que serão utilizados na intervenção, com acompanhamento e avaliação constante. Dentro do rigor ético comprovado pela liberação do comitê de ética para desenvolvimento da intervenção (Anexo 3).

#### **2.4.1 Ações e Detalhamento**

##### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos**

Ações e detalhamento em relação a **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar o número de hipertensos e de diabéticos cadastrados no Programa de

Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde: Os monitoramentos serão realizados através de planilhas, visitas ACS, consultas médicas, exames, grupos e sistema informação básica.

#### Ações e detalhamento em relação à **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa: Através de visitas das ACS e utilizando o sistema informação básica.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabetes: ter um ambiente preparado para realizar ouvidoria de qualidade.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde: O material adequado é garantido pelos gestores municipais. Realizara-se um relevamento dos elementos faltantes e se elevara aos gestores municipais.

#### Ações e detalhamento em relação a **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde: realizados através de cartaz e folhetos na sala de espera, formação e promoção de grupos para hipertensos e grupos para diabéticos e as visitas domiciliares onde as ACS difundiram o programa.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos , pelo menos, anualmente: realizados através de cartaz e folhetos na sala de espera e as visitas domiciliares onde as ACS difundiram esta informação.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg: através de consultas médicas e da enfermagem, folders e palestras na comunidade, cartaz e folhetos na sala de espera, nos grupos para hipertensos e grupos para diabéticos.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes: através consulta médica e da enfermagem, sala espera, visitas ACS, folders e palestras na comunidade.

### Ações e detalhamento em relação à **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde: a traves de reuniões e palestras explicativas ditadas pela enfermeira da UBS, em a reunião semanal de equipe poderão expressar suas duvidas ou inconvenientes com os cadastros e participaram na reunião de atualização e nas reuniões municipal das agentes para troca informação.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg: capacitação de equipe de enfermagem conforme Protocolo realizado em forma de reunião pela enfermeira da UBS.

### **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos**

#### Ações e detalhamento em relação a **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e dos diabéticos: através de consultas medicas programada e visitas domiciliarias aos hipertensos e aos diabéticos, ondes ACS registrem os dados de exames clínicos.
- Monitorar o número de hipertensos e de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde: através de registro de exames e prontuários.
- Monitorar o número de hipertensos e de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada: através de registro de exames e prontuários.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia: realizada através do controle de receitas nos grupos com exame hiperdia de 4/4 meses.

#### Ações e detalhamento em relação à **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e dos diabéticos: nas reuniões trimestrais da equipe serão definidas as atribuições dos membros, realizado capacitação para que cada membro possa inovar

em sua responsabilidade.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde: A organização se realizara em forma trimestral em uma reunião entre o medico e a enfermeira onde se definharam os temas a tratar na capacitação.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Estabelecera-se na reunião trimestral.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde: se obterá da internet das paginas oficiais do Ministério de Saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares: por meio de registro de exames e consultas periódicas agendadas
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo: através da autorização de exames básicos na própria unidade, sem a necessidade autorização previa na unidade central
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados: através da central de agendamentos para interconsultas com especialistas.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos: será realizado de forma mensal pela equipe enfermagem.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde: através do controle de medicamentos e revisado as receitas nos grupos e nas consultas.

#### Ações e detalhamento em relação a **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente: tal orientação e realizada em forma de palestras nos grupos de HA e DBTS, como nas orientações na sala de espera nas consultas medicas e de enfermagem.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares: serão realizadas em forma de palestras nos grupos de HA e DBTS, nas orientações na sala de espera como também nas consultas medicas e de enfermagem.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares: serão realizadas na sala de espera, visitas ACS e nas consultas medicas.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Serão realizadas na sala de espera, nas visitas ACS, nas consultas medicas, nos grupos de HA e DBT e folders.

#### Ações e detalhamento em relação à **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. A capacitação será ditada pelo médico ou pela enfermeira baseando-se no Protocolo em forma mensal na UBS
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares: A capacitação será ditada pelo médico ou pela enfermeira baseando-se no Protocolo em forma quinzenal nas reuniões de equipe
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares: A capacitação será ditada pelo médico ou pela enfermeira baseando-se no Protocolo em forma mensal nas reuniões de equipe.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão: será realizado pelo médico da equipe de forma trimestral, consultando as atualizações publicadas nas páginas web do Ministério de Saúde
  - Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia: A capacitação será ditada pelo médico ou pela enfermeira baseando-se no Protocolo em forma trimestral na UBS ou cada vez que um novo medicamento seja incluído o excluído da Farmácia Popular/Hiperdia.

### **Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa**

#### Ações e detalhamento em relação a **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo

(consultas em dia): através da agenda de consultas ao dia, ademais a enfermeira será a responsável de realizar uma revisão semanal de controle para certificar que as consultas sejam em dia.

#### Ações e detalhamento em relação à **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos: A organização se realizara em forma bimestral em uma reunião entre a equipe onde se identificaram aos faltosos y se planejaram as visitas. Os controles para detecta-los serão realizados pela enfermagem com apoio das ACS, incluindo os faltosos dos grupos, Hiperdia, e com a atualização dos cadastros.
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e os diabéticos provenientes das buscas domiciliares. A organização se realizara em forma bimestral em uma reunião entre a equipe donde se estabelecera a agenda para os próximos 2 meses, as visitas serão implementadas pela enfermagem e ACS, visando e considerando os sinais de alerta que são protocoladas pela equipe, com base no protocolo consultas em dia.

#### Ações e detalhamento em relação a **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas: através das visitas das ACS, na sala espera com palestras e cartaz, folders, consultas medicas e de enfermagem e também com palestras na comunidade
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou de diabéticos (se houver número excessivo de faltosos): realizado ouvidoria na consulta de enfermagem, nos grupos e em palestras, visando melhor engajamento.
- Esclarecer aos portadores de hipertensão, de diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas: esclarecimentos dados através ACS, sala espera, folders, consultas medicas e de enfermagem como palestras na comunidade.
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas: informações através ACS, sala espera, folders, consultas medicas e de enfermagem como palestras na comunidade.

#### Ações e detalhamento em relação à **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade: treinamento realizado pela enfermeira da unidade, nas reuniões de equipe de forma bimestral, na UBS

#### **Objetivo 4. Melhorar o registro das informações**

#### Ações e detalhamento em relação a **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e de diabéticos acompanhados na unidade de saúde: O monitoramento será realizado pelo médico da unidade e pela enfermeira de forma mensal na reunião da equipe.

#### Ações e detalhamento em relação à **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Manter as informações do SIAB atualizadas. As atualizações se realizaram uma vez por mês estarão a cargo da enfermeira da unidade quem fornecera de todos os dados necessário para manter o sistema em dia.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento: será elaborada pelo médico da unidade e se implementara na UBS
  - Pactuar com a equipe o registro das informações: se pautara com a equipe em que consiste cada dato a ser recolhido e deverá haver um compromisso estabelecido com a equipe considerando a ética e confidencialidade da informação.
  - Definir responsável pelo monitoramento registros: se definira a responsável na primeira reunião da equipe em que se esclareçam as incumbências das tarefas que cada persona devera de realizar a responsável pelo monitoramento será a enfermeira da unidade.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença: se



organizara um sistema de viabilidade prático em reuniões semanais com a equipe onde se elaborara um sistema de registro prático e eficaz onde se consiga visualizar de forma rápida a situação de alerta, detectando em um simples análises os usuários com maior estratificação de risco e necessidades urgentes de exames complementários ademais dos já estabelecidos.

#### Ações e detalhamento em relação a **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário: será realizado através cartaz na sala de espera, consultas de enfermagem, visitas domiciliares por parte do ACS e nos grupos.

#### Ações e detalhamento em relação à **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso: o treinamento será realizado pelo médico da equipe de forma semestral, com acompanhamento de forma semanal pela enfermeira da unidade.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas de hipertensos e de diabéticos: a capacitação será realizada pelo médico da equipe de forma semestral, com acompanhamento de forma semanal pela enfermeira da unidade.

### **Objetivo 5. Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular**

#### Ações e detalhamento em relação a **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar o número de usuários hipertensos e de diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Os monitoramentos serão realizados através de planilhas e do sistema informação básicos, a ser realizado pela enfermeira da unidade, seguindo protocolo estabelecido pela unidade.

### Ações e detalhamento em relação à **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco: depois de sua identificação se procedera a marcar consultas regulares com os usuários y se realizaram visitas domiciliares semanais para obter um melhor controle do usuário.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda: para a organização de prioridades se seguira o protocolo da unidade, se realizara uma reunião bimestral com o médico e a enfermeira para determinar a agenda.

### Ações e detalhamento em relação a **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular: orientação realizada por toda equipe a traves de palestras na sala de espera, visita ACS, consultas medicas e de enfermagem como também orientações nos grupos.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação): orientação realizada por toda equipe a traves de palestras na sala de espera, visita ACS, consultas medicas e de enfermagem como também orientações nos grupos.

### Ações e detalhamento em relação à **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo: capacitação a ser realizada pelo médico da equipe de forma mensal, seguindo protocolo da UBS
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação: capacitação a ser realizada pelo médico da equipe de forma mensal, seguindo protocolo da UBS
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis: capacitação a ser realizada pelo médico da equipe de forma mensal, seguindo protocolo da UBS

### **Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos**

### Ações e detalhamento em relação a **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e dos diabéticos com o dentista: se realizara com o controle das planilhas medicas y de enfermagem. A inspeção bucal ha ser realizado pelas enfermeiras ou o medico (já que não se dispõe de um odontólogo) baseando se em as ações de atenção à saúde bucal propostas nas planilhas de medicina e enfermagem.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e a diabéticos: a monitorização será realizada com a verificação do cumprimento do cronograma estipulado nas reuniões do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. As orientações serão realizadas de forma mensal nos grupos, como de forma semestral por uma nutricionista.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e aos diabéticos: a monitorização será realizada com a verificação do cumprimento do cronograma estipulado nas reuniões do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. As orientações serão realizadas de forma mensal nos grupos e nas visitas domiciliares pelas ACS como pela enfermagem.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos: o monitoramento será realizado com a verificação do cumprimento do cronograma estipulado nas reuniões do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. As orientações serão realizadas de forma mensal nos grupos e nas visitas domiciliares realizadas pelas ACS, a enfermeira e o medico.

### Ações e detalhamento em relação à **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

- Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e/ou diabético: serão organizadas em reuniões trimestrais. Controla se em forma semestral a saúde bucal e se derivara a um odontólogo os casos que requeiram.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico: Por não contar com um odontólogo na equipe se derivaram todos os casos que precisem atendimento.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários: se pedira através da central de agendamentos interconsulta com odontólogo.

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável: serão organizadas em reuniões trimestrais. Tales praticas serão realizadas de forma semestral pela nutricionista.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade: a própria equipe se fez responsável por envolver nutricionista nas atividades.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física: a organização das mesmas serão nas reuniões trimestrais, a responsável será a enfermeira da unidade, e constarão de palestras e caminhadas combinadas com exercícios aeróbicos e de alongação com os grupos envolvidos.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade: a própria equipe se fez responsável por envolver educadores físicos nas atividades.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo": sendo que a unidade esta realizando 2 grupos antitabagismo no programa estadual, os medicamentos estão sendo providenciados pela Secretaria de Saúde.

#### Ações e detalhamento em relação a **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde: se realizaram promoção a saúde em parceria com a escola da comunidade e salões paroquiais, as quais tem demonstrado uma ótima disposição.
- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável: as orientações serão brindadas na sala de espera nos grupos comunitários e nas consultas medicas e de enfermagem com palestras, cartaz e folhetos.
- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular: as orientações serão brindadas na sala de espera nos grupos comunitários, nas consultas medicas e de enfermagem e nas caminhadas programadas através de palestras, cartaz e folhetos.
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo: a orientação será realizada pela equipe de uma forma geral com palestras e cartaz na sala de espera, consultório medico, consultas enfermagem, visitas domiciliares das ACS, como também com folders, também se detectaram os casos

específicos de hipertensos tabagistas para invitara-los a participar dos grupos de apoio para tabagistas.

Ações e detalhamento em relação à **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e/ou diabético: a capacitação será realizada de forma trimestral nas reuniões de equipe, pela enfermeira da unidade e semestralmente por um odontólogo.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável: a capacitação será realizada de forma trimestral nas reuniões de equipe, pela enfermeira da unidade e semestralmente por uma nutricionista.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde: a capacitação será realizada de forma trimestral nas reuniões de equipe, pela enfermeira da UBS.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular: a capacitação será realizada de forma trimestral nas reuniões de equipe, pela enfermeira da UBS e semestralmente por um educador físico.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas a capacitação será realizada pelo medico da equipe que é o responsável pelos grupos abandono do tabaco de forma semestral.

## 2.4.2 Indicadores

### Cobertura

**Indicador 1:** Cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador 2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

### Qualidade

**Indicador 3.** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

**Indicador 5.** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 6.** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 7.** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e/ou diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Indicador 8.** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos

**Indicador 9.** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador 10.** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

### **Adesão**

**Indicador 11.** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas

**Indicador 12.** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

### **Registro**

**Indicador 13.** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 14.** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.



Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Avaliação de Risco**

**Indicador 15** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 16.** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

### **Promoção de Saúde**

**Indicador 17.** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 18.** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 19.** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 20.** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 21.** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 22.** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os risco tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 23.** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 24.** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

### **2.4.3 Logística**

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus se utilizará o relatório anual do Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição S.A. 2011 de Porto Alegre: “A Organização do Cuidado às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica em Serviços de Atenção Primária à Saúde” e “A organização do cuidado às pessoas com diabetes mellitus tipo 2, em serviços de atenção primária à saúde”.

Utilizaremos a ficha espelho da Universidade Federal de Pelotas correspondente à especialização Saúde da Família, Programa de Atenção aos Hipertensos e/ou diabéticos para recolher informações.

Para organização da informação a enfermeira revisara as fichas e os prontuários e o medico com auxilio da equipe transcrevera semanalmente toda informação para a planilha de coleta de dados, subministrada pela mesma Universidade.

### **Logística específica das Ações**

Relacionado com o objetivo de ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos as ações em relação a monitoramento e avaliação é responsabilidade do médico e enfermeira da equipe, se deu inicio no dia 25 abril na UBS através da planilha da família, registros de grupo e visitas ACS. O seguimento da monitoração esta sendo realizadas todas as sextas feiras na reunião da equipe. Faz-se necessárias mais planilhas, gestor já sabe de tal necessidade.

Em quanto as ações em relação à organização e gestão do serviço a encargada pela gestão é a Enfermeira da unidade, a ação começou a ser realizada no dia 2 de abril na UBS com uma reunião para capacitar a equipe de enfermagem conforme protocolo da UBS, verificação pressão arterial, realização hemoglicoteste, como também garantir registros de hipertensos e/ou diabéticos através do SIAB e das visitas domiciliares com respectivos registros. Esta ação terá uma continuidade mensal.

Os responsáveis pelas ações de engajamento público serão o médico e a enfermeira, mais toda a equipe participa desta ação, a qual esta sendo estimulada na comunidade semanalmente desde implantação ESF no mês de outubro 2013, através de folders, sala de espera (todas as terças-feiras), visitas mensais das ACS, com consultas médica e de enfermagem, informando a todos os usuários a importância do Programa da Atenção Saúde do Hipertenso e/ou diabético.

A enfermeira da equipe comanda as ações em relação à qualificação da prática clínica das ACS no cadastramento tal ação vem sendo realizada de forma quinzenal na UBS no horário de atualização da equipe, também se realizam reuniões municipais com os agentes.

Pertinente a melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos as Ações em relação a monitoramento e avaliação tem como Responsável pelo monitoramento o médico da Equipe e a enfermeira, tal avaliação vem sendo realizada tanto nas consultas medicas como nos registros de exames.

Em relação à organização e gestão do serviço o responsável por organizar a capacitar os profissionais e definir suas atribuições no exame clínico de hipertenso e/ou diabético será o medico da equipe, esta capacitação foi realizada dia 2 abril na UBS em uma reunião equipe, será continuado na sequencia de forma trimestral. Através da autorização dos exames na própria UBS estamos buscando garantir solicitação dos exames periódicos sem mais complicações para o usuário, que após a solicitação do medico é autorizada pela enfermeira da UBS que também controla e revisa o estoque de medicamentos. Há organização busca domiciliar de hipertenso e/ou diabéticos faltosos será a equipe enfermagem junto com as ACS, será realizada através dos controles dos grupos, lista de retirada de medicamentos e hiperdia, de forma bimestral,

está agendada para iniciar dia 7 Julho.

Ações de engajamento público é uma responsabilidade de todos tendo como objetivo informar a comunidade sobre a importância das consultas, a periodicidade; estão sendo realizadas desde implantação da ESF em outubro 2013, sendo realizada de forma contínua através de conversações com os usuários na sala de espera, ouvidoria qualificada, consultas médicas, folders e palestras na comunidade. Bem como a qualificação da prática clínica em treinar a ACS e orientar sobre periodicidade das consultas para hipertensos e/ou diabéticos será de responsabilidade da Enfermeira da equipe; tal ação esta sendo realizada tendo como base o protocolo da UBS nas reuniões da equipe, efetivada dia 9 maio dando como sequência de forma bimestral

Para melhorar os registro das informações as ações em relação a monitoramento e avaliação tem como objetivo monitorar a qualidade dos registros da família, dos grupos de HA e DBT, hiperdia e cadastros atualizados, terá como responsavel o médico da equipe. Será realizado dia 25 julho e dará sequência de forma mensal; já as Ações voltadas organização e gestão do serviço responsável pela informação atualizada e os registros específicos de acompanhamento estará a cargo enfermeira da equipe. O monitoramento está sendo realizado mensalmente, pelo SIAB, todas as primeiras segundas-feiras de cada mês. As Planilhas de registros específicos estão sendo elaborados pelo médico da equipe.

No Engajamento público temos por meta orientar a comunidade sobre seus direitos de saúde e acesso, tal ação terá enfermeira como alicerce contando com apoio de toda a equipe. Sendo realizadas desde implantação da ESF na sala de espera, palestras na comunidade e nos grupos, nas consultas médicas e de enfermagem, como também nas visitas das ACS. Ações em relação à qualificação da prática clínica Que visa treinamento da equipe no preenchimento dos registros de acompanhamentos terá como responsável o médico da equipe seguindo protocolo da UBS, será realizado de forma semestral com acompanhamento semanal pela enfermeira da Unidade.

O objetivo de Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular foi realizado através de ações Iniciando por monitorar a estratificação de risco por ano, e será realizado de forma anual tendo como base protocolo da UBS,

sendo monitorados pela enfermeira da equipe, já à organização e gestão do serviço que priorizar o atendimento de alto risco será realizado, seguindo protocolo da UBS, com orientação do médico da equipe. As Ações em relação a engajamento público de orientar usuários sobre importância de acompanhamento e de modificar fatores de risco.; está sendo realizado de forma continua na sala de espera, grupos, visitas dos ACS, consultório médico como também nas consultas enfermagem, seguindo protocolo UBS, toda a equipe se faz responsável por tal ação. Ações em relação à qualificação da prática clínica onde o objetivo é estratificar riscos segundo escore Framingham e lesões de órgão alvo, será realizada de forma mensal na UBS, no momento de atualizações da equipe, seguindo protocolo UBS, sobre orientação do médico da equipe.

Quando se fala em Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos não poderíamos de realizar ações monitoramento e avaliação Voltadas para orientação bucal e nutricional. Tal ação será iniciada dia 5 junho. Orientações sobre atividades físicas e tabagismo são realizadas pelo médico e pela enfermeira nas respectivas consultas, na sala espera e nos grupos contando com apoio de forma semestral de uma nutricionista. As ações voltadas organização e gestão do serviço por práticas coletivas de alimentação, atividade física abandono do tabagismo será de responsabilidade do médico e da enfermeira. As avaliações orais são realizadas anualmente pelo médico da equipe que solicita controle odontológico, segundo necessidade. As práticas de alimentação são realizadas de forma semestral pela nutricionista, o abandono do tabaco está sendo realizado pelo médico da equipe com grupos apoiados pela Secretaria de Saúde Estadual, com medicamentos. Um grupo por semestre, sendo que o primeiro grupo começou em abril e outro e Julho.

O engajamento público de reforçar intersetorialidade nas ações de promoção à saúde será de responsabilidade do médico e da enfermeira com a participação de toda a equipe. Como orientar família sobre alimentação saudável e atividade física é de responsabilidade de toda a equipe e está sendo realizado nas consultas, grupo, visitas dos ACS e sala espera. Qualificação da prática clínica terá como base o protocolo da UBS e como responsável o médico onde o principal objetivo será capacitar equipe



### **3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

#### **3.1. Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, facilidades e dificuldades**

A intervenção do Programa de Hipertensão e Diabetes da Unidade de Otavio Rocha na cidade de Flores da Cunha/RS, iniciou no dia 14 de julho de 2014 e este relatório faz referência às 16 semanas de sua implementação. A organização da equipe para sua implementação começou semanas antes com a definição de atividades que cada membro deveria realizar a familiarização com as planilhas e o Protocolo, a organização do cronograma, a revisão de objetivos e a solicitação de materiais aos gestores.

As primeiras 4 semanas foram sem dúvida de adaptação da equipe e dos usuários ao novo método de trabalho, incluindo as fichas espelho, as capacitações, os tempos de consulta, os registros do que se fez cada semana, as orientações aos usuários sobre exames, medicamentos, atividade física, alimentação saudável, tabagismo, alcoolismo e saúde bucal. Afetou o funcionamento da unidade já que nos levou a usar mais tempo nas consultas, acarretando num aumento na espera dos usuários, por isso alguns dados das planilhas não foram preenchidos corretamente e tiveram que ser completados nas visitas domiciliares. Para maior agilidade na hora de preencher a planilha eletrônica agregamos a ficha à idade e foram marcadas as que tinham medicamentos que não são fornecidas pela Hiperdia ou Farmácia Popular.

Só no segundo mês da implementação foi possível realizar as atividades com maior naturalidade, em menor tempo e sem esquecer informações úteis, logrando atender a todos os usuários agendados dentro do horário.

Durante estas 16 semanas foi possível capacitar a equipe sobre busca ativa de usuários, importância das consultas em dia e exames complementares, tipos de Diabetes, fármacos básicos, horários de medicamentos, medicamentos inclusos na Farmácia Popular/Hiperdia, hábitos nutricionais, atividade física, saúde bucal e tabagismo, ética profissional (responsabilidade da equipe na sociedade e o quanto somos visados por ela) e cuidados preventivos conforme protocolo. Estas capacitações



foram fundamentais para tirar dúvidas e esclarecer questões de saúde do dia a dia especialmente das ACS que no contato domiciliar se encontram em muitas situações em que as pessoas precisam de orientação sobre hábitos nutricionais e atividade física. Também foi realizada capacitação com todas as equipes de ESF do município para melhorar o seguimento de diabético com revisão do protocolo da sociedade brasileira de diabetes, para padronizar as condutas. Nossa unidade apresentou o protocolo que estamos seguindo, assim como nossas metas e objetivos. O psiquiatra do CAPS realizou uma capacitação para melhorar atenção e escuta qualificada dos usuários, onde foi possível apresentar situações do dia a dia e avaliar a melhor forma de lidar para melhoraria do. Também foi realizada uma atualização sobre o tratamento da Hipertensão e Diabetes por parte do médico e a enfermeira, oferecido pela Secretaria de Saúde baseando-se no manual da Sociedade Brasileira.

Como foi previsto no projeto, se realizaram consultas clínicas, com exame físico e pedido de exames complementares, visitas médicas domiciliares e das ACS, renovação de receita, exame da sensibilidade termoálgica periférica, orientação nas consultas sobre saúde bucal, tabagismo, atividade física e alimentação. Nas visitas domiciliares foram encontradas muitas situações de risco para a saúde dos usuários, desde usuários com tratamento incompleto, dieta inadequada, horários equivocados para uso dos medicamentos, medicamentos tomados de forma irregular até usuários utilizando medicamentos sem receita. A orientação a estes usuários foi fundamental, tendo casos que na mesma semana normalizaram sua pressão. No projeto tínhamos estabelecido realizar o controle de casos de risco, marcando consultas na agenda por 2 meses, o que é totalmente inadequado, pois semana a semana os novos casos vão surgindo e precisam de atendimento imediato, portanto estes usuários sempre tiveram prioridade na agenda, o controle dependia da gravidade do quadro, e alguns precisaram de um seguimento semanal.

A equipe conseguiu com apoio dos gestores iniciar a autorização de exames de sangue de rotina na unidade, facilitando a vida de muitos de nossos usuários, agora após a consulta de rotina o usuário já sabe o local, dia e a hora para realizar os exames de rotina facilitando que os exames permaneçam em dia. A equipe recebeu vários elogios referentes a maior agilidade para realização de exames e consultas de especialistas que são encaminhados pela unidade e antes demorava semanas.

Atualmente esta espera se reduziu há um dia para exames e interconsultas com especialistas segundo gravidade.

Outro ponto forte da intervenção foram os grupos, foram realizados com apoio de uma nutricionista, uma fisioterapeuta e uma psicóloga. No primeiro grupo realizado alguns reclamaram de ter que retirar a medicação neste momento, que uma hora de orientação era muito e sem necessidade, mais foi explicado para eles a importância dessas medidas no bem estar deles para não ter que colher consequências futuras, a maior porcentagem desses usuários entenderam e seguem participando dos grupos. Neles foram realizados controles pressóricos e glicêmicos onde os usuários estão em sua maioria com valores dentro do esperado para sexo e idade. A comunidade Nova Brasília foi a mais difícil de controlar e obter frequência nas reuniões, mas depois da metade da intervenção se observou um salão lotado para os grupos e uma normalização na pressão e níveis glicêmicos. As palestras foram sobre o funcionamento do Hiperdia, Consequências da HA e DBS, Alimentação saudável, orientações para posturas nas atividades cotidianas, formas de descansar corpo, melhor maneira de dormir e exercícios para relaxamento, autoestima, formas de encarar a enfermidade e a aceitação de novos estilos de vida. Não foi possível envolver educadores físicos nestas atividades, já que a profissional que trabalhava na escola, a quem recorremos, não tinha disponibilidade de horários, por isso decidimos fazer contato com a fisioterapeuta e realizar uma caminhada para estimular a atividade física, dirigida por um ACS.

A caminhada saudável foi estendida para toda a comunidade, onde cada pessoa que participou trouxe um alimento para finalizar a atividade com a socialização. A comunidade atendeu ao chamado e estavam presentes aproximadamente 46 pessoas, uma delas falou que vinha no caminho falando para as pessoas que encontrava na rua que ela estava indo para a caminhada e que era bom, que todo mundo tem que caminhar. Foi possível apresentar o objetivo da caminhada que era incentivar hábitos saudáveis através da atividade física como aumentar o vínculo da equipe com a comunidade. Foi realizado atividades de alongamento seguido de 30 minutos de caminhada nas ruas de Otavio onde se incentivava as outras pessoas que não estavam participando a realizar atividade física, foi algo muito gratificante. Na chegada tomamos água, assistimos a um vídeo motivacional seguido de fotos de algumas atividades que a equipe realizou anteriormente na comunidade, assim demos

início à merenda onde compartilhamos a comida entre todos, depois alguns dançaram no ritmo da música gaúcha. Quando estava voltando para casa vi uma das usuáries que havia participado da caminhada com outra que não havia participado, as duas com roupa de esporte e caminhando, foi bom ver que a programação já na mesma tarde começou a incentivar a atividade física. Ao fazer um balanço, concluímos que os pontos positivos foram uma mudança no comprometimento com a atividade física como a interação entre toda a comunidade e maior engajamento; e os pontos negativos foram ter escolhido um horário impróprio para muitos, por ser num período que estão realizando suas atividades laborais, como também nossa falta de costume com atividades, assim nos faltou brincadeiras e dinâmicas.

Na metade da intervenção foi reorganizada a forma de entregar os medicamentos nos grupos já que muitos dos participantes estavam sempre em falta, foi entrado em consenso com a equipe que seria separada pela técnica de Enfermagem com o apoio do ACS responsável da área de abrangência onde se realizou a atividade para entregar enquanto os usuáries ainda estiverem sentados participando do processo educativo. Desta forma, se evitou o acúmulo de usuáries depois as palestras e se conseguiu mais tempo para conversar com eles sobre dúvidas específicas da medicação. Nas visitas domiciliares os usuáries falavam o que aprenderam e mostram o que estavam implementando, fruto dos encontros.

Também foi realizada uma atividade em parceria com a Paróquia da Comunidade, uma orientação voltada para a Saúde do Homem sobre alimentação, hábitos saudáveis, atividade física como orientações sobre controle de próstata, sem esquecer-se do aspecto psicossocial ministrado por uma psicóloga; e na escola foi feita uma palestra sobre sexualidade para os adolescentes, tema solicitado pela comunidade, já que tem casos de gravidez precoce. A população de uma forma geral agradeceu pela dedicação da unidade por trazer outros profissionais, algo não visto antes nesta localidade. Também se iniciou um grupo antitabagismo com 11 pessoas, onde Diabéticos e hipertensos participam, alguns deles tomaram os medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" enviado pela Secretaria de Saúde; como resultado 8 pessoas deixaram de fumar.

Nestes meses também foi dado início a atualização do mapeamento da nossa região, as ACS em conjunto com a subprefeitura recorreram toda a zona demarcada

para organizar os limites e realizar a atualização e a elaboração de um mapa para a Unidade, onde será possível reconhecer de forma objetiva as microáreas das ACS como também saber de forma rápida a quantidade de diabéticos e hipertensos de cada área, ademais está sendo elaborado um mapa que ficará em poder de cada ACS com sua área, assim será mais fácil objetivar suas visitas.

O monitoramento se realizou todas as semanas, sendo positivo já que por meio dele conseguimos agilizar as planilhas, ter organizado os dados, controlar o estoque de medicamentos (que aumentou pela incorporação de novos cadastros no programa), pontuar as metas que devíamos alcançar cada semana, visualizar em que pontos deviam dar mais ênfase e buscar soluções aos problemas que iam acontecendo. Também foi possível identificar faltosos e usuários com riscos, aos quais se priorizou o atendimento e em alguns casos se fez encaminhamentos para exames.

Em um desses monitoramentos foi proposto à equipe que também escrevessem seu próprio diário da intervenção, contando como foi sua semana, assim os profissionais se organizaram e cada semana um era o encarregado de relatar o que tência acontecido na semana, foi bom para ter a perspectiva deles sobre o que estava realizando. Também no monitoramento se fez revisão nos protocolos para fixar melhor os objetivos de seguimento como metas para controle glicêmico e TA para usuários de risco moderado, que muitas vezes são passados despercebidos. Por meio destas avaliações foi possível identificar que estávamos falhando na escuta qualificada dos usuários, que por não ter espaço físico ideal, muitas vezes a equipe não tem como acolher adequadamente.

As atualizações do SIAB se fizeram mensalmente nos primeiros dias do mês, quando a enfermeira da nossa unidade passava todos os dados pertinentes para a enfermeira encarregada por atualizar o Hiperdia de todas as ESF do município.

Nossa principal limitação foi que não tínhamos ACS para todas as áreas, sem falar da falta de estrutura de nossa UBS, que tinha projeto para término da construção até setembro deste ano, algo que não aconteceu. Mas, para superar esta situação e alcançar nosso objetivo de cadastrar 90%, visitou e marcou consulta com os diabéticos e hipertensos que conhecíamos e pertenciam a uma área sem ACS. Também fizemos um comunicado através da comissão das comunidades com a entrega do material informativo do Hiperdia nessas microáreas pedindo para se aproximar da UBS e se

cadastrar para obter os benefícios que o programa outorga. Na semana seguinte ao anúncio o número de cadastrados se elevou a quase 86% dos hipertensos e 72% dos diabéticos. Na semana 15 foi contratada uma nova ACS para cobrir uma das microáreas que estava desatendida, e com seu trabalho se alcançou um cadastramento de 93,4% dos hipertensos, cumprindo uma de nossas metas e o 78,6% dos diabéticos.

Uma dificuldade que tivemos durante o segundo e terceiro mês foi encontrar as pessoas em suas casas na hora das visitas domiciliares já que era época de poda da uva, então todos estavam preparando a parreira para a safra, e, para solucionar deixamos bilhetes embaixo das portas avisando que voltaríamos a visitar a próxima semana, deixando o dia e horário estimado ou ligávamos para agendar um horário. Também se aproveitou os dias de chuva para fazer visitas, porque foi quando era mais seguro encontrar as pessoas em casa. Além desta situação tiveram duas semanas (9 e 10) em que as visitas médicas reduziram devido a um surto de gastroenterites, sendo assim a demanda de usuários na unidade que necessitava de cuidados foi maior.

Um inconveniente que desalentou a equipe durante toda a intervenção foi a falta de compromisso dos gestores com a contratação das ACS e para conseguir profissionais que nos apoiassem nas palestras. Mas, a equipe conseguiu superar convocando profissionais conhecidos pela enfermeira, que trabalham de forma particular, mais que estiveram bem dispostos a participar gratuitamente no projeto, o êxito destas palestras motivou novamente a equipe. Quanto a contratação de ACS se bem foi incorporada uma nova agente a equipe nas últimas semanas, resultando na saída de outra que não é possível renovar seu contrato. Devido a estes inconvenientes a imagem dos gestores ficou marcada negativamente, o que dá para apreciar nos depoimentos finais que fez a equipe na semana 16. Além disso, a enfermeira da equipe não foi aprovada no concurso e também deixou de trabalhar em novembro. Esta desintegração da equipe depois da intervenção gerou desânimo, incerteza e uma postergação das atividades programadas até que voltemos a organizar a equipe. Realizar-se-á uma reunião com o pessoal para apresentar à nova enfermeira o projeto, a forma de trabalhar da unidade e as atividades que desenvolvemos e que estavam programadas para novembro e dezembro (grupos, folhetos sobre Farmácia Popular e Hipertensão, balanço do ano, fechamento do ano com a equipe e encontro de fechamento de ano com a comunidade).

Por outra parte, o controle bucal foi realizado com certa dificuldade, no começo os usuários tiveram certo receio em mostrar sua boca, já que não estavam preparados para isso nas consultas, mas a maioria aceitou a revisão depois de ser dada orientação sobre saúde bucal. Outra dificuldade que apresentamos foi que não contamos com odontólogo na ESF. Um profissional atende na UBS 12 consultas semanais, algo que já é pouco para atender a demanda da localidade, ainda mais para avaliar os usuários do programa. O controle da saúde bucal é realizado no consultório médico, em alguns casos conseguimos marcar usuários na vaga das urgências com o odontólogo da unidade para que estes pudessem ser atendidos.

Outro grande problema foi a demora nos atendimentos para certas especialidades como cardiovascular, neurologia e ortopedia. A resposta de nossos gestores foi que não tinham especialistas dispostos a trabalhar em convênio com o SUS e os que trabalhavam não dão conta de suas agendas com 40hs semanais.

### **3.2 Ações previstas que não foram desenvolvidas**

Foi suspensa a palestra para a comunidade sobre hábitos saudáveis e prevenção de enfermidades cardiovasculares, HA e DBT, que estava prevista no cronograma, pois se considerou que toda a comunidade estava em um momento de safra e ficaria restrito o número de participantes. Portanto, se optou pela confecção de cartazes e folhetos expostos nos supermercados, bares, sedes comunitárias, subprefeitura e no posto de saúde, já que foi uma melhor alternativa para que a informação chegasse a mais pessoas.

O objetivo proposto de orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, foi cumprido parcialmente, já que era informado aos usuários que frequentaram a unidade e os grupos educativos, sem conseguirmos confeccionar material impresso. O número de medicamentos retirados na UBS aumentou bastante devido aos novos cadastrados e aos comentários dos usuários, então usuários que antes compravam ou retiravam os medicamentos na Farmácia Popular e no Hiperdia, agora vão aos grupos e retiram na UBS.

Também por falta de tempo não foi possível orientar aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário. É um ponto pendente para os meses subsequentes.

### **3.3 Dificuldades na coleta e sistematização de dados, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.**

Durantes as 16 semanas fomos registrando a situação de cada usuário nas fichas espelho (as quais agregamos idade e marcamos as que tinham medicamentos que não entravam por Farmácia Popular ou Hiperdia), e as quintas-feiras a técnica em enfermagem passava os dados na planilha eletrônica. No primeiro mês tivemos dificuldades em seu preenchimento, pela falta de familiarização com as mesmas, e antes de completá-las se explicava ao usuário sobre a ficha espelho.

Quanto ao preenchimento da planilha eletrônica, na primeira semana foi detectado que faltavam dados, então foi decidido que as fichas espelho que se faziam na semana se controlavam diariamente para verificar se estavam completas, assim não tivemos mais inconvenientes. Na metade da intervenção e no final, se fez um exame exaustivo de cada nome da planilha eletrônica para certificar que não tinha nomes repetidos, dar baixa nas pessoas falecidas e completar dados faltantes como idade. A planilha de coleta de dados foi muito útil para ir comparando os indicadores e analisar como estava indo a intervenção, mês a mês, ela nos orientou de forma rápida, com uma simples olhada nos gráficos.

Quanto aos indicadores e metas propostas, alcançou o cadastramento de 93,4% dos hipertensos e 78,6% dos diabéticos. No total foi atendido a 369 HA e 77 DBT, aos quais monitoramos suas fichas, seus medicamentos, seus exames, realizamos os exames clínicos, físicos e a estratificação de risco, encaminhou aos exames complementares àqueles que precisavam, novos agendamentos e orientações sobre nutrição, atividade física, tabagismo e saúde bucal. Convém destacar que o número de faltosos foi baixo (16 usuários em 4 meses) e todos foram contatados para

uma nova marcação de consulta. A porcentagem dos que receberam avaliação bucal foi de 84,8% dos HA e 89,6% dos DBT. Dos usuários registrados, 36,6% dos HA e 49,4% dos DBT deve consumir algum medicamento que não são cobertos pela Farmácia Popular ou Hiperdia. Estes números são preocupantes, especialmente na população de DBT, o ideal é que esta porcentagem seja menor com a implementação do programa, ajudando aos usuários a diminuir seu consumo de fármacos adotando hábitos saudável, mais este é um objetivo a longo prazo onde os resultados não poderão ser vistos em quatro meses. O importante é que se está estabelecendo um parâmetro para comparar, já que não se tem dados anteriores sobre este fato e, no futuro tendo os dados dos usuários incluídos na intervenção se poderão ver os resultados.

### **3.4 Análise da incorporação das ações do projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação**

Quanto ao engajamento da equipe com o projeto, foi excelente. Muito melhor do que pensava, pois a preocupação maior era em ajudar a comunidade, fazendo história sobretudo pelo reconhecimento das pessoas, dos usuários e o clima de trabalho agradável. Pode-se escutar pelos corredores da unidade e em diálogos com os usuários, que estão felizes por terem um acompanhamento de qualidade e, principalmente, por ter uma boa relação com a equipe que realiza todos os esforços para que todos tenham suas necessidades sanadas, seja pela consulta medica, ouvidoria ou curativo. Este clima permitiu que as atividades da intervenção fizessem parte da rotina da UBS, onde depois das 16 semanas ninguém deu por finalizada nenhuma ação; as planilhas, as capacitações, os grupos e os seguimentos dos usuários se fazem normalmente. Estes primeiros 4 meses foram de mais trabalho pelo fato de ter que cadastrar todos os usuários, o que levou mais tempo, agora tem menos casos novos e temos mais tempo de fazer visitas e organizar palestras de prevenção para a comunidade.

Resumindo, nosso principal desafio na intervenção foi a atenção a saúde bucal,



onde se fez o controle básico, mas ficou difícil acompanhar os usuários que precisaram de uma consulta com odontólogo. Por outro lado, foi possível realizar prevenção e principalmente melhorar o tratamento não farmacológico na comunidade através do aumento da taxa de usuários que está realizando atividades físicas, os quais falam nas consultas e nas visitas que estão implementando os exercícios das palestras. Outros, realizando hábitos saudáveis como diminuição da ingestão de bebidas alcoólicas e também tabagismo. Agora as pessoas não vem a UBS só para pedir receitas, perguntam mais, falam de saúde no corredor, dos grupos, das palestras, do que estão implementando, se queixam menos e nas visitas falam de como estão se cuidando (menos sal, mais condimentos não picantes, mais verduras, menos vinho, tomam mais suco de uva, fazem os exercícios de alongamento, alguns usuários até mostram como fazem), tem preocupação em medir a PA regularmente, se sentem incentivados a tomar a medicação na hora certa e percebe que a pressão arterial está muito mais controlada, ou seja, nota-se que foram surgindo mudanças na forma de ver a saúde dentro da comunidade. Com as atividades implementadas esperamos que, no futuro, se reduza a dependência aos fármacos e que estes resultados reflitam em uma melhor qualidade de vida para a comunidade de Otavio Rocha.

## 4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

### 4.1 Resultados

#### Objetivo 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

A intervenção buscou melhorar a atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da UBS Otavio Rocha de Flores da Cunha/RS. Devido à falta de dados na UBS se usou a estimativa de pessoas com 20 anos ou mais e Hipertensas (22,7% da população total desta faixa etária) da Vigitel (2011), que equivale a 395 pessoas. Ao final da intervenção alcançou um cadastramento no Programa de 369 indivíduos (93,4%), atingindo nossa meta. No primeiro mês 247 (62,5%) foram inclusos na intervenção, a maioria destes já pertenciam ao programa (que havia começado a funcionar meses antes de forma desorganizada, onde sem critérios se realizava a entrega de medicamentos do Hiperdia). No segundo mês alcançou a maior incorporação, 82 cadastros novos, chegando a um total de 329, (83,3%) devido a promoção do Programa e ao trabalho das ACS que insistiam nas visitas e nos cadastramentos dos usuários. O terceiro mês só teve 10 casos novos, 339 (85,8%). Nas microáreas das ACS (Travessão Carvalho, Nova Brasília, Santa Justina e Centro de Otavio Rocha) os Hipertensos foram cadastrados em sua totalidade, mais tem 2 áreas sem agentes onde foi difícil chegar à população alvo. Porém, no último mês uma nova ACS foi incorporada à equipe, cobrindo uma dessas áreas (São Francisco) e a meta pode ser superada com 93,4% da população estimativa cadastrada, surpreendendo a toda a equipe, conforme a Figura 1.

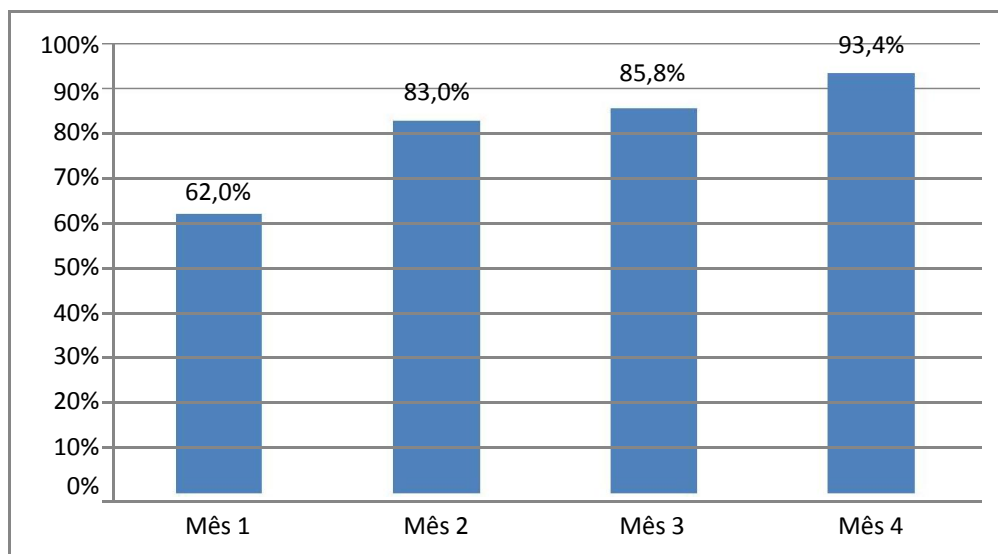


Figura 1 – Gráfico Proporção de Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 1.2.** Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Para a população de diabéticos também se utilizou a estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (5,6% da população total desta faixa etária) da Vigitel (2011) equivalente a 98 pessoas. No primeiro mês 47 (48%) foram cadastrados, a maioria já pertencia ao programa. No segundo mês alcançou maior incorporação, 18 cadastros novos, chegando a um total de 65 (66,3%) devido a promoção do Programa e ao trabalho das ACS que insistiam nas visitas e nos cadastramentos dos usuários. O terceiro mês só teve 4 casos novos, 69 no total (70,4%), nas micro áreas das ACS (Travessão Carvalho, Nova Brasília, Santa Justina e Centro de Otavio Rocha); os Hipertensos foram cadastrados em sua totalidade, mais nas 2 áreas sem agentes os casos novos não chegavam à unidade, apesar do esforço da equipe, mediante a difusão nessas comunidades. Mas, no último mês com a incorporação da nova ACS na zona de São Francisco, alcançou 7 casos novos, chegando a um total de 77,3% da população estimativa cadastrada. A meta não se completou devido a falta de ACS nas micro áreas de São Francisco e São Vitor, ficando evidente a importância do trabalho destes profissionais, conforme a Figura 2.

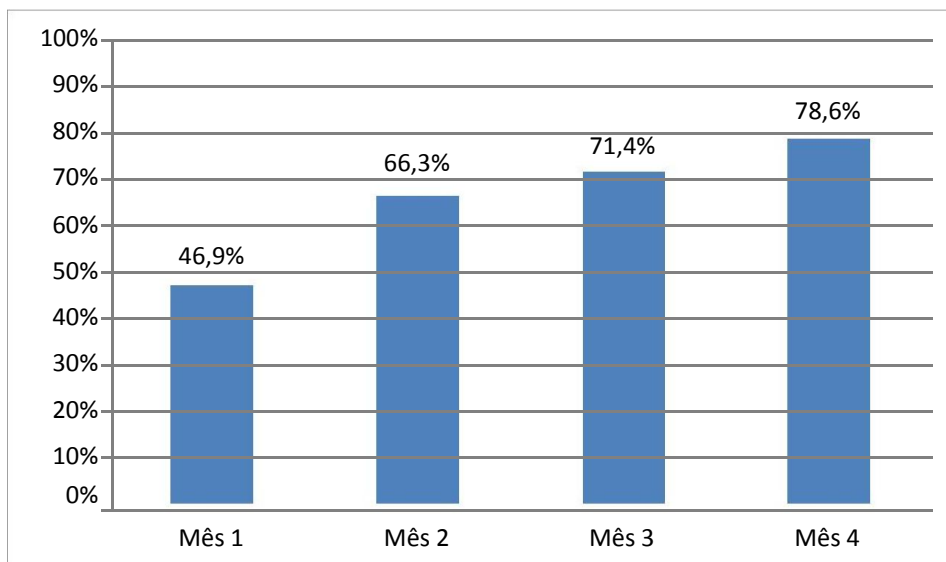


Figura 2 – Gráfico Proporção de Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

## Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

### **Meta 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Com a implementação se buscou dar um atendimento clínico a todos os usuários cadastrados, no primeiro mês o cadastramento incluiu 247 pessoas, dessas 66 foram atendidas (26,7%), o tempo de atendimento destes foi o maior de toda a intervenção devido falta de costume e organização da equipe com os passos a seguir para atender aos usuários, as demoras provocaram maior acumulação na sala de espera e o esquecimento de dados das pessoas que tiveram que ser coletados nas visitas domiciliares ou por telefone. Foi o mês de adaptação da equipe e dos usuários à intervenção. No segundo mês já estávamos familiarizados com todos os procedimentos e cada membro acostumou-se a sua função, buscou atender 156 indivíduos a maioria com consulta marcada, chegando a um total de 222 dos 329 cadastrados, 67,5%, um grande êxito devido ao comprometimento da equipe com suas funções. No terceiro mês se atendeu 120 dos usuários cadastrados, na somatória 302 pessoas (89,1%) e no último mês 67, agendando os usuários cadastrados que ainda não tinham sido atendidos e centrando a atenção nos novos casos, provenientes, em sua maioria, de

áreas que anteriormente não tinha ACS. Buscou-se cumprir a meta de 100% devido a boa organização que tiveram a enfermeira e a técnica no agendamento dos cadastrados, marcando as consultas e ligando para lembrar aos usuários, o comprometimento das ACS que nas visitas insistiam nas consultas e do médico que realizava as avaliações clínicas, conforme a Figura 3.

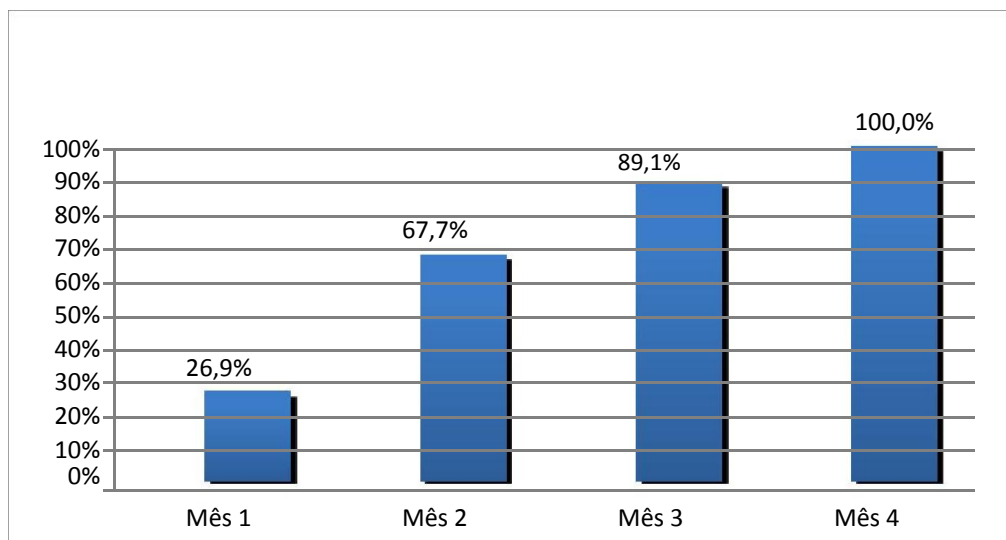


Figura 3 – Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de cordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

A evolução desta meta é muito semelhante à anterior, pois os atendimentos, em sua maioria, eram juntos e quase todos os usuários diabéticos também são hipertensos, 57 dos 76 cadastrados, 75%. Buscou-se 100% de atendimento clínico aos usuários cadastrados, no primeiro mês o cadastramento incluiu 47 pessoas, dessas 10 foram atendidas (21,3%), e tivemos os mesmos inconvenientes expressados na meta de acima. No segundo mês, foram atendidos 34 indivíduos a maioria com consulta marcada, chegando a um total de 44 dos 65 cadastrados, 67,5%, êxito que se deve ao trabalho conjunto da equipe. No terceiro mês se atendeu 18 usuários, na somatória 62 pessoas das 69 cadastradas (89,9%) e no último mês 76 das 76 cadastradas,

completando 100% e logrando a meta proposta, neste último mês igual aos hipertensos, o foco foi os usuários cadastrados que ainda não tinham sido atendidos e se centrou a atenção nos novos casos, provenientes em sua maioria, de áreas que anteriormente não tinha ACS. Foi cumprida a meta de 100% devido a boa organização que tiveram a enfermeira e a técnica no agendamento dos cadastrados, marcando as consultas e ligando para relembrar aos usuários, o comprometimento das ACS que nas visitas insistiam nas consultas e do médico que realizava as avaliações clínicas, conforme a Figura 4.

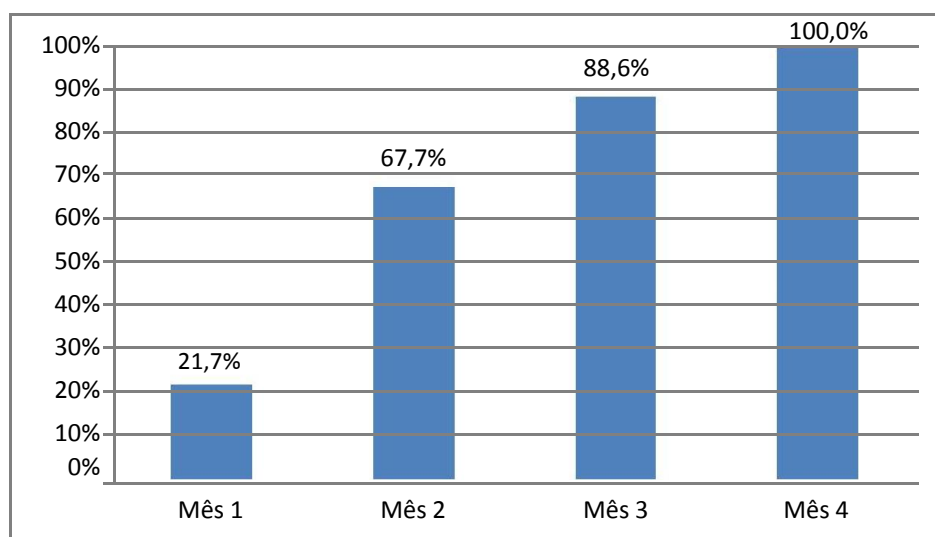


Figura 4 – Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 2.3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Na hora da consulta clínica na UBS se controlavam os exames complementares (Apêndice 3), se encaminhavam os que não estavam em dia e se marcava a data dos próximos exames, tudo na mesma consulta, portanto os números são iguais a meta anterior. No primeiro mês 66 pessoas, 26,7%, no segundo 222 pessoas, 67,5%, no terceiro, 302 pessoas, 89,1% e no quarto se atingiu a meta de 100%. No primeiro mês se conseguiu junto aos gestores que se autorizem os exames de sangue diretamente

desde a unidade sem necessidade de passar por o posto central, tendo vagas para 5 por dia mais urgências e em casos de invalidez ou situações especiais o bioquímico iria para a UBS ou à casa da pessoa para realizar coletas, o que facilitou muito na agilidade dos pedidos e o tempo dos resultados. Os demais, como radiografias, ecografias ou endoscopias são encaminhados ao Posto Central de Flores da Cunha, conforme a Figura 5.

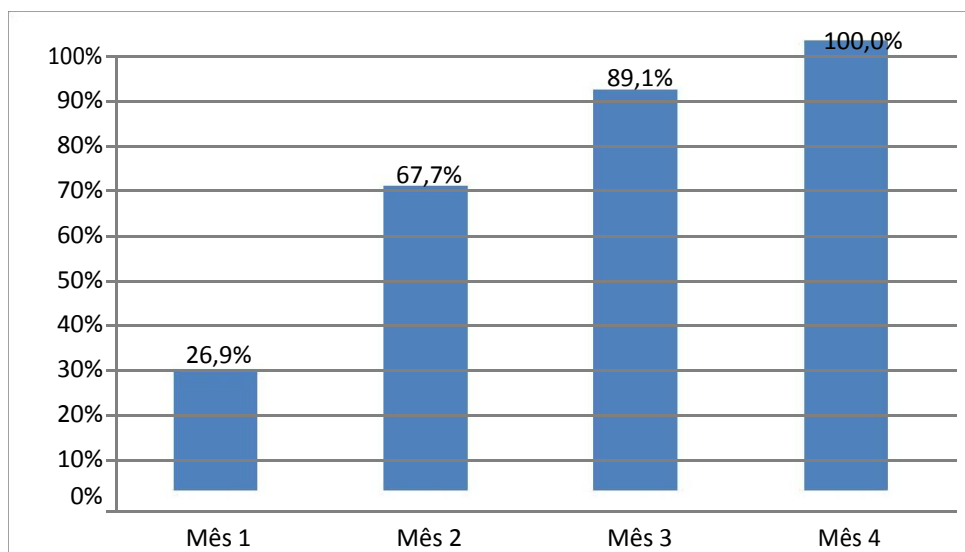


Figura 5 – Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 2.4.** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A mesma situação exposta na meta anterior se aplica aos diabéticos. No primeiro mês 10 pessoas, 21,3% dos cadastrados, tinham em dia os exames, no segundo 44 pessoas, 67,7%, no terceiro, 62 pessoas, 89,9% e no quarto se atingiu a meta de 100%, 76 pessoas com os exames em dia. Estes foram encaminhados da mesma forma que os hipertensos, conforme a Figura 6.

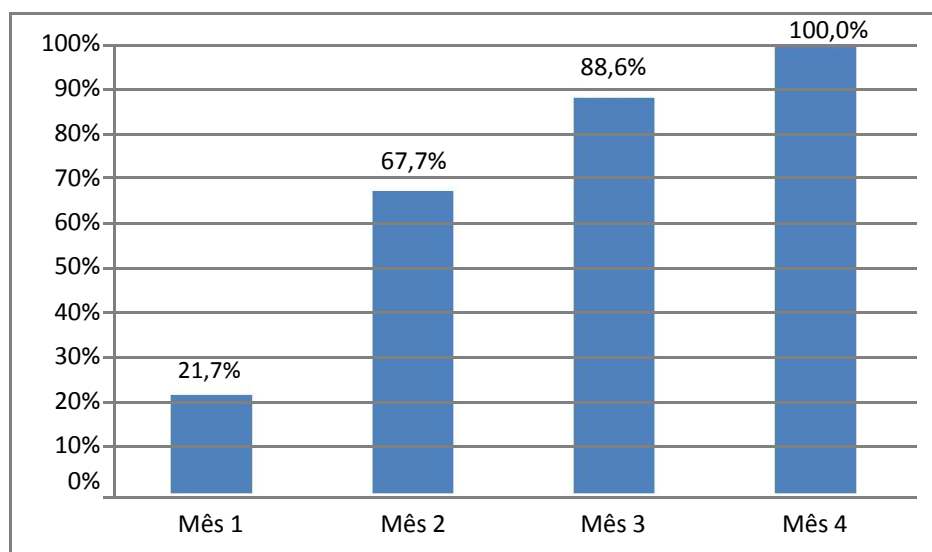


Figura 6 – Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 2.5.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Esta meta foi a de maior insucesso dentro da intervenção, devido ao que estava planejado no projeto ser muito distante da realidade, mas só foi possível perceber na implementação. No primeiro mês dos 247 cadastrados, 166 consumia todos seus medicamentos da Farmácia Popular-Hiperdia, 67,2%, ou seja 81 usuários adquiriam seus medicamentos de forma particular. No segundo mês depois de um grande número de novos cadastros, totalizando 329 usuários cadastrados, este número aumentou para 122, sendo a porcentagem da meta cumprida em 62,9%, 207 usuários com medicamentos da Farmácia Popular-Hiperdia. No terceiro mês de um total de 339 cadastrados, 215 obtinham seus medicamentos no posto, 63,4% e no quarto mês a porcentagem se manteve 63,4% (234 de 369 cadastrados). Então, ao final da intervenção 36,6% da população hipertensa cadastrada deve adquirir parte ou a totalidade de seus medicamentos de forma particular. Quando foi estabelecida esta meta não foi considerado que o posto começou a funcionar com ESF e Hiperdia em outubro do 2013, até esse momento a maior parte da comunidade, era atendida de forma particular, e os medicamentos prescritos para eles não estavam dentro da Farmácia Popular-Hiperdia, levando anos de consumo destes medicamentos e dando certo o



tratamento, portanto, na maioria dos casos não é adequado mudanças, em alguns casos se consultou aos cardiologistas particulares dos usuários que contestaram que não recomendavam a mudança devido à idade dos usuários e porque os medicamentos prescritos era o melhor para eles já que incluíam dois fármacos numa mesma drágea, melhorando a adesão. De todas as formas, com a incorporação de hábitos saudáveis que promoveu a intervenção, se pretende diminuir a dependência de fármacos e aumentar o uso de medicamentos oferecidos pela Farmácia Popular e Hiperdia nos novos casos detectados. Isto já está acontecendo devido à conscientização dos usuários com a importância de seus cuidados e o tratamento, das consequências da enfermidade, de um maior controle de medicação por parte das ACS nas visitas que se asseguram que estão tomando nos horários certos os fármacos prescritos, conforme a Figura 7.

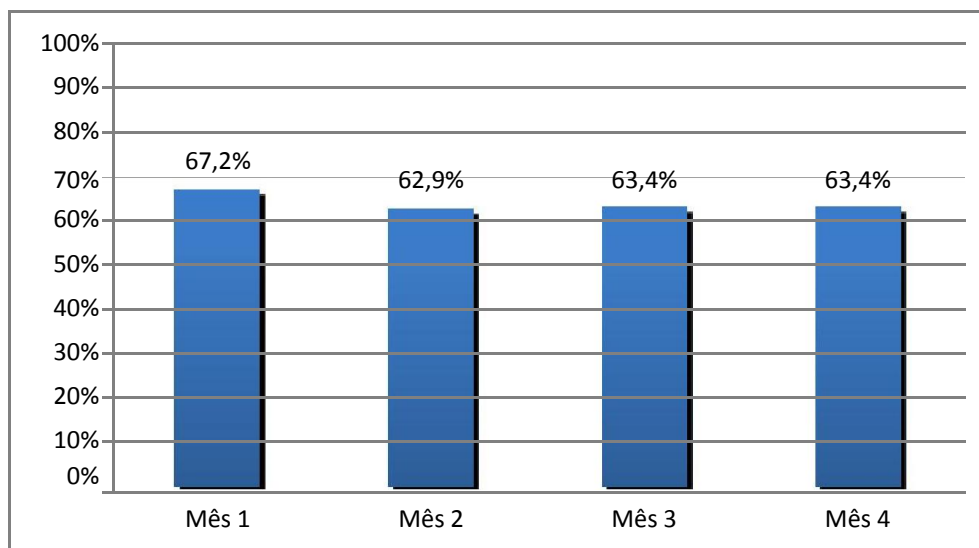


Figura 7 – Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Nos diabéticos os números são mais baixos que nos hipertensos já que a troca de medicamentos é mais difícil de realizar no tratamento desta enfermidade, se o fármaco está dando certo não é aconselhável realizar mudanças. No primeiro mês dos

47 cadastrados, 24 consumia todos seus medicamentos da Farmácia Popular-Hiperdia, 51,1%, ou seja 23 usuários, quase a metade, adquiriam seus medicamentos de forma particular. No segundo mês este número aumentou para mais da metade, 34 diabéticos e só 31 adquiriam todos seus medicamentos no posto, sendo a porcentagem da meta em 47,7%. No terceiro mês de um total de 69 cadastrados, só 34 obtinham seus medicamentos da Farmácia Popular-Hiperdia, 49,3% e no quarto mês a porcentagem alcanço o do primeiro mês 51,3% (39 de 76 cadastrados). Neste último mês a maioria dos casos novos tomavam medicamentos incluídos no Hiperdia, mas retiravam nas farmácias de Flores da Cunha, a partir do cadastramento eles começaram a receber os fármacos nos grupos ou na USB. Ao final da intervenção, 48,7% da população diabética, quase a metade cadastrada adquiriu parte o a totalidade de seus medicamentos de forma particular. Reverter esta porcentagem será um trabalho a longo prazo, que pode ser mudado com hábitos mais saudáveis, alimentação controlada e atividade física que ajudarão á diminuir o consumo de fármacos, conforme a Figura 8.

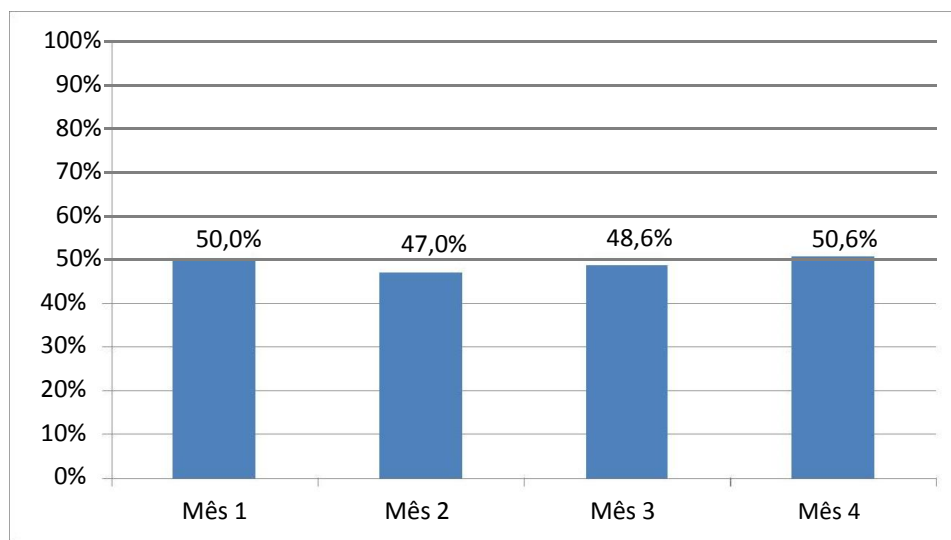


Figura 8 – Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 2.7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

A avaliação odontológica começou com dificuldades no primeiro mês devido à falta de odontólogo, por esquecimento nas primeiras semanas do projeto de realizar as orientações devido a querer fazer um atendimento rápido e aliviar a acumulação de usuários e, em alguns casos, pela resistência dos usuários, que com o tempo se acostumaram que era parte da rotina da consulta. Dos 247 usuários hipertensos cadastrados só 16 receberam no primeiro mês avaliação, 6,5%. No segundo mês com a melhor organização da equipe e o estabelecimento de fazer o atendimento bucal no consultório médico, onde o usuário tem mais privacidade, já que a unidade não tem um lugar adequado para fazer ouvidoria, os números melhoraram muito, logrando 51,7% de atendimentos, um total de 170 de 359 cadastrados. No terceiro mês 73,7% foram atingidos, 250 de 339 e finalmente se chegou a 84,8% de avaliação dos cadastrados no quarto mês, 313 de 369. A meta estipulada de 100% não se cumpriu, mais de todas as formas os resultados foram ótimos. Para corrigir os erros do primeiro mês a partir do quarto mês, está fazendo agendamento de consulta às pessoas que não receberam a avaliação ou realizam nas visitas domiciliares. O verdadeiro problema surge depois de fazer a avaliação, na hora de derivar os casos para odontólogo, que não são poucos, é difícil conseguir vagas para seu atendimento, esta questão já é sabida pelos gestores, dos quais exigimos resolutividade, conforme a Figura 9.

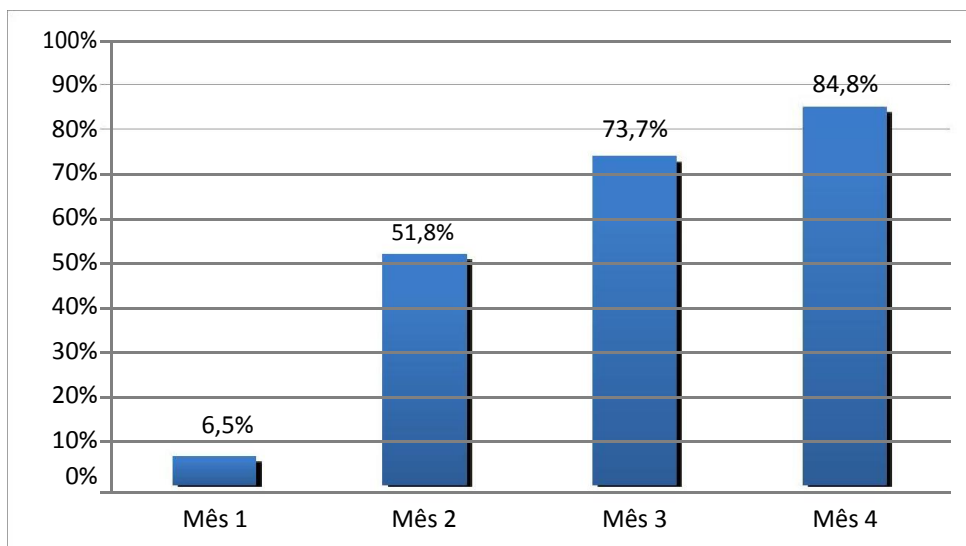


Figura 9 – Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 2.8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

O resultado da avaliação odontológica dos diabéticos segue os mesmos parâmetros que nos hipertensos. Começou com dificuldades no primeiro mês pelas mesmas razões. Dos 47 usuários cadastrados só 3 receberam avaliação, 6,4%. No segundo mês devido as melhoras já mencionadas, se buscou cobrir 56,9% dos atendimentos, um total de 37 pessoas de 65 cadastrados. No terceiro mês 79,7% foram abordadas, 55 avaliados de 69 usuários e finalmente a 89,5% de avaliação dos cadastrados no quarto mês, 68 de 76. A meta de 100% não se cumpriu, mais de todas as formas os resultados foram muito bons. Para os não avaliados, está sendo feito agendamento de consulta ou visitas domiciliares. Estamos tendo problemas com a derivação dos casos para odontólogo, já que é difícil conseguir vagas para seu atendimento, conforme a Figura 10.

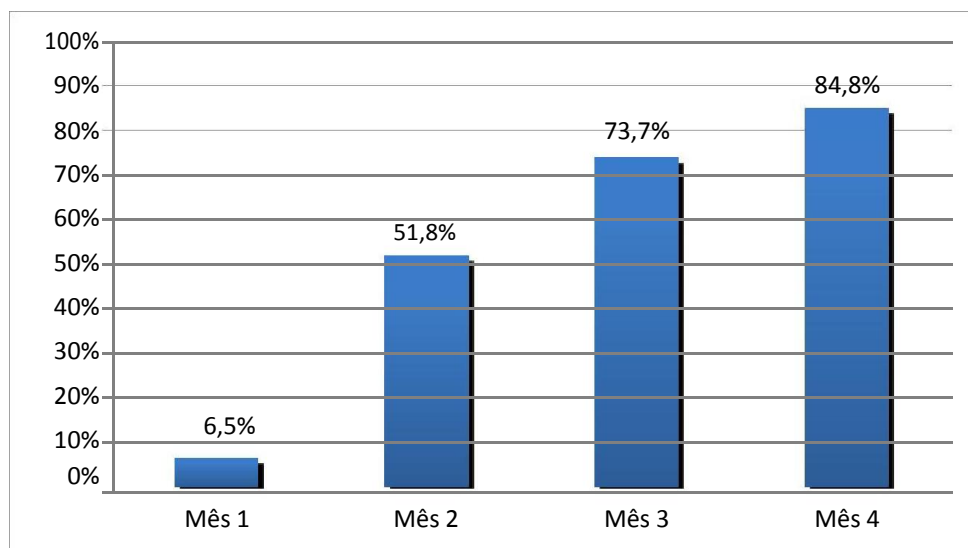


Figura 10 – Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

**Meta 3.1.** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Esta foi a meta mais fácil de ser alcançada, 100% em todos os meses em que teve faltosos. Devido ao bom engajamento entre a equipe e a comunidade, se gerou um clima de confiança e respeito. Este êxito se deu por terem sido atendidos pela primeira vez pelo médico de ESF, o que produz bons comentários por parte dos usuários que adotaram o novo sistema com alegria, sempre dispostos a colaborar e agradecidos pela atenção. Esta valorização provou que não tiveram faltosos nas consultas agendadas no primeiro mês, só 7 no segundo, que assistiram na segunda marcação da consulta, feita por visitas ou telefonema. No terceiro mês 10 faltosos e 16 no último mês, todos retornaram na segunda marcação. No total só 33 faltosos nos 4 meses de 369 hipertensos, 9%, um número muito alentador, que mostra a conscientização da comunidade com respeito a sua saúde. As faltas nas consultas se deveram principalmente a questões de trabalho, para não ter faltas. Foi usada uma ficha de controle destas visitas (Apêndice 2) e, com 100% das buscas aos faltosos e a assistência destes na segunda consulta marcada, se conseguiu atingir a meta proposta, conforme a Figura 11.

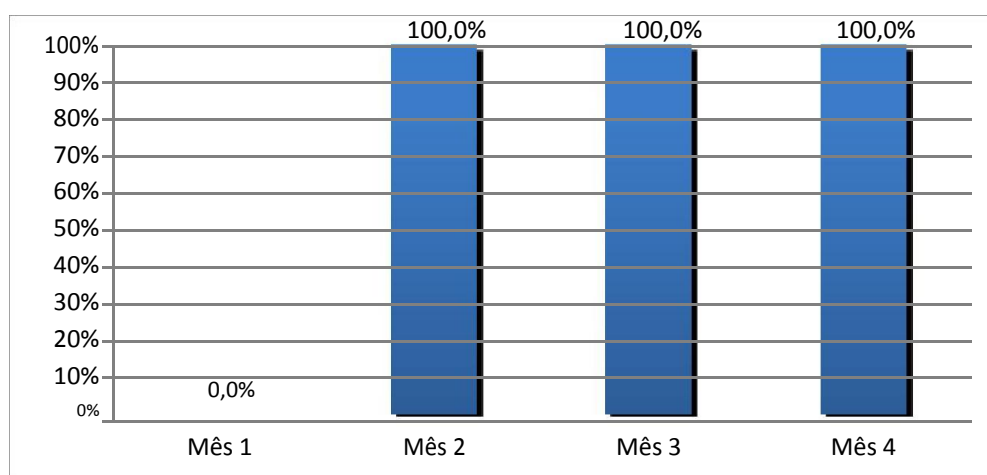


Figura 11 – Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 3.2.** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

As mesmas considerações com os hipertensos contam para os diabéticos. Obteve-se 100% em todos os meses em que tiveram faltosos, produto do bom engajamento entre a equipe e a comunidade, explicado na meta anterior. Não teve faltosos nas consultas do primeiro mês, só 3 no segundo, que assistiram na segunda marcação da consulta, feita por visitas ou telefonema. No terceiro mês 4 faltosos e 6 no último mês, todos retornaram na segunda marcação. No total só 13 faltosos nos 4 meses dos 76 diabéticos, 17%, um número baixo, que mostra o comprometimento da comunidade. A causa foi a mesma dos hipertensos - trabalho. Portanto, a meta proposta foi atingida, conforme a Figura 12.

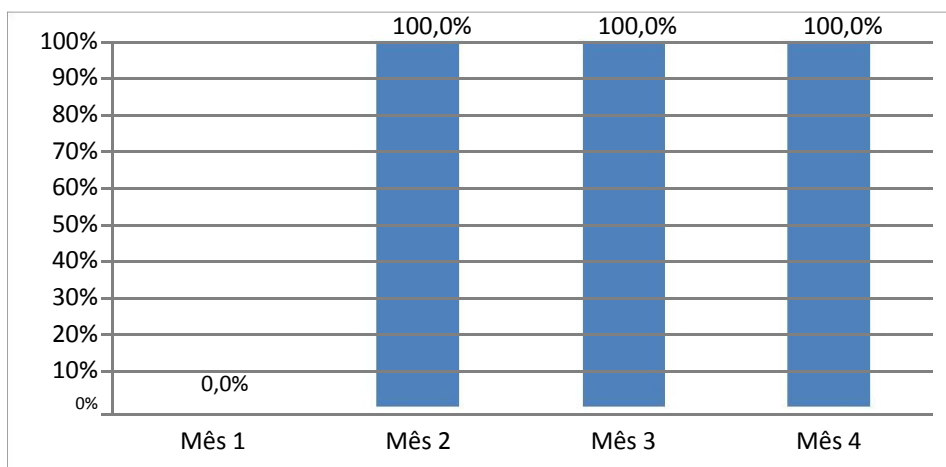


Figura 12 – Gráfico Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

#### Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

As fichas de acompanhamentos se fizeram com o cadastramento de cada usuário na hora da consulta clínica na UBS. No primeiro mês 66 hipertensos de 247

com ficha espelho completa, 26,7%, no segundo 222 pessoas de 329, 67,5%, no terceiro, 302 pessoas de 339, 89,1% e no quarto se atingiu a meta de 100%. No primeiro mês tiveram dados de idade que não foram preenchidos e tiveram que ser pedidos telefonicamente o pelas visitas das ACS. As fichas espelho foram incluídas ao prontuário de cada usuário, conforme a Figura 13.

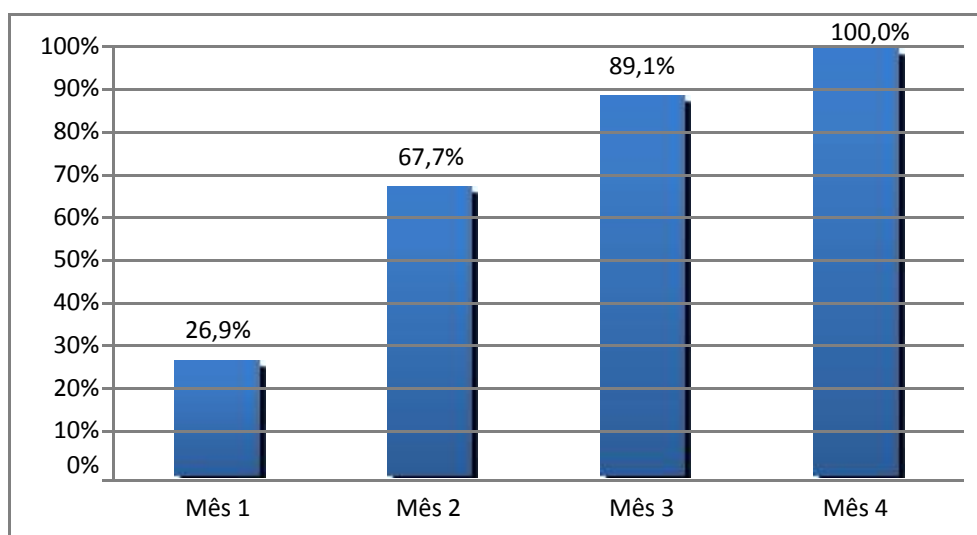


Figura 13 – Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 4.2.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

O preenchimento, monitoramento e controle das fichas dos diabéticos se fizeram com o cadastramento de cada usuário na hora da consulta, igual ao dos hipertensos. No primeiro mês 10 pessoas de 47 com ficha espelho completa, 21,3%, no segundo 44 pessoas de 65, 67,7%, no terceiro, 62 pessoas de 69, 89,9% e no quarto se atingiu a meta de 100%, 76 com ficha espelho completa. No primeiro mês tiveram dados de idade que não foram preenchidos que logo tiveram que ser pedidos telefonicamente ou pelas visitas das ACS. As fichas espelho foram incluídas ao prontuário de cada usuário, conforme a Figura 14.

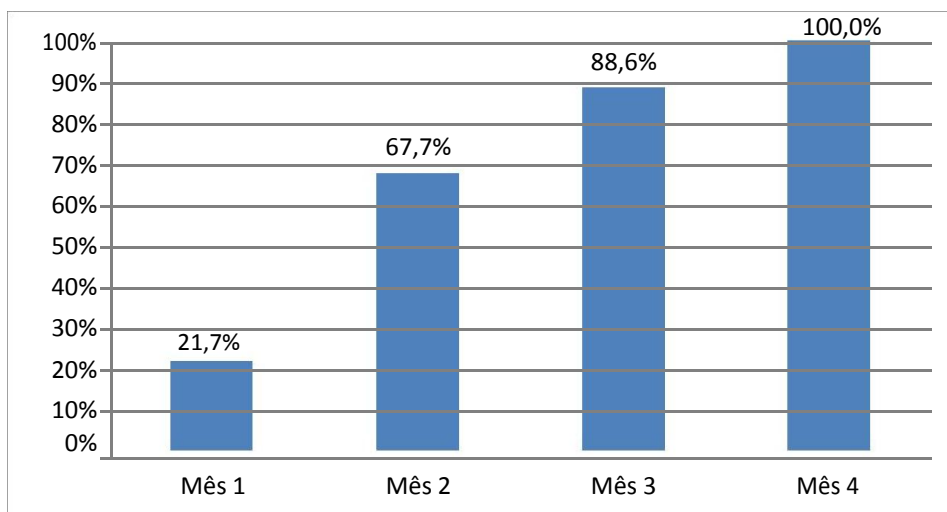


Figura 14 – Gráfico Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

#### Objetivo 5. Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular

**Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

A estratificação de risco cardiovascular é um dos itens da ficha espelho, e quando o usuário entrava na consulta era realizado. Esta é a razão dos números serem os mesmos que a meta para manter as fichas de acompanhamento. Os exames de controle que se fizeram a cada usuário era agendado na unidade central em Flores da Cunha, sendo posteriormente mudado para a UBS Otavio Rocha, nas pessoas acamadas se realizava em seus próprios domicílios. Devido ao bom funcionamento do sistema de laboratório que tem o município, os tempos de espera para os exames de rotina eram curtos. Logo na consulta se realizava a estratificação de risco com um apoio adequado no quesito laboratorial. No primeiro mês 66 hipertensos de 247 com estratificação de risco cardiovascular, 26,7%, no segundo 222 pessoas de 329, 67,5%, no terceiro, 302 pessoas de 339, 89,1% e no quarto se realizou a estratificação em todos os cadastrados 369, 100%, conforme a Figura 15. Os usuários de risco eram enviados ao cardiologista, tiveram casos que foram identificados pelas ACS nas visitas, foram



marcadas consulta e feita a destinação ao especialista. Um dos casos, usuário com ICC grau 3, mal controlado, sintomático, foi mudada a medicação e realizada consulta de referência e contra referência com cardiologista, os níveis de hipertensão melhoraram. Sendo realizado o escore de risco cardiovascular em seu retorno à UBS.

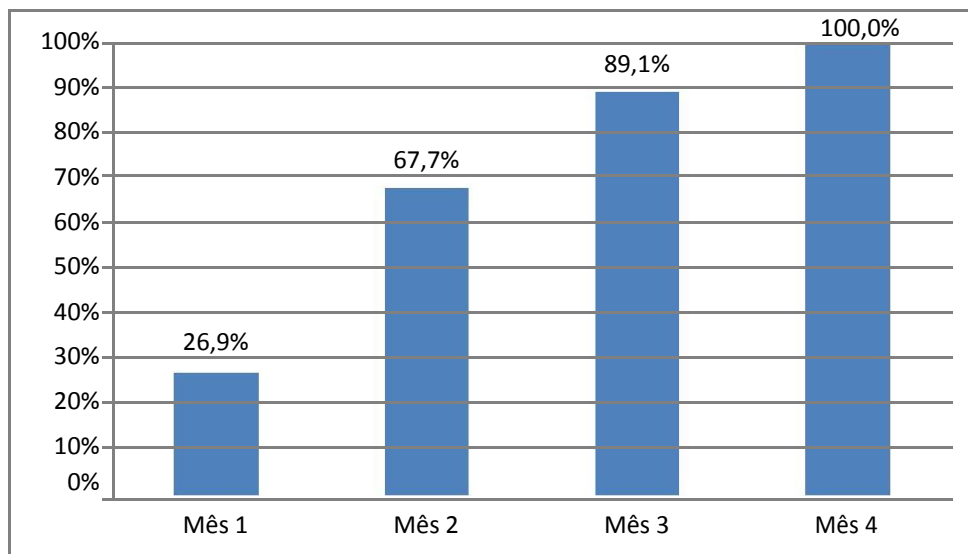


Figura 15 – Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Igual a os hipertensos, os números são os mesmos que a meta para manter as fichas de acompanhamento dos diabéticos. No primeiro mês 10 diabéticos de 47 com estratificação de risco cardiovascular, 26,7%, no segundo 44 pessoas de 65, 67,7%, no terceiro, 62 pessoas de 69, 89,9% e no quarto se atingiu a meta de 100%, 76 com ficha espelho completa, conforme a Figura 16. Os usuários de risco eram enviados ao cardiologista, tiveram casos que foram identificados pelas ACS nas visitas, foram marcadas consulta e feita a destinação ao especialista. Houve um usuário com DBT descompensada, HA e antecedente de infarto que apresentava diarreia ao tratamento

(metformina 850mg e glibenclamida), foi detectado em uma visita domiciliar da ACS e marcado consulta na UBS para cadastramento no Hiperdia, foi trocada sua medicação por metformina XR, de absorção lenta que não provoca diarreia e glipizida (já que glibenclamida tem contraindicação cardiovascular), fez seguimento a cada 2 semanas, em 3 meses se observou que os limites glicêmicos chegaram a normalidade e se mantém. Neste caso pontual, teve que ser substituída a medicação do Hiperdia para o bem do usuário.

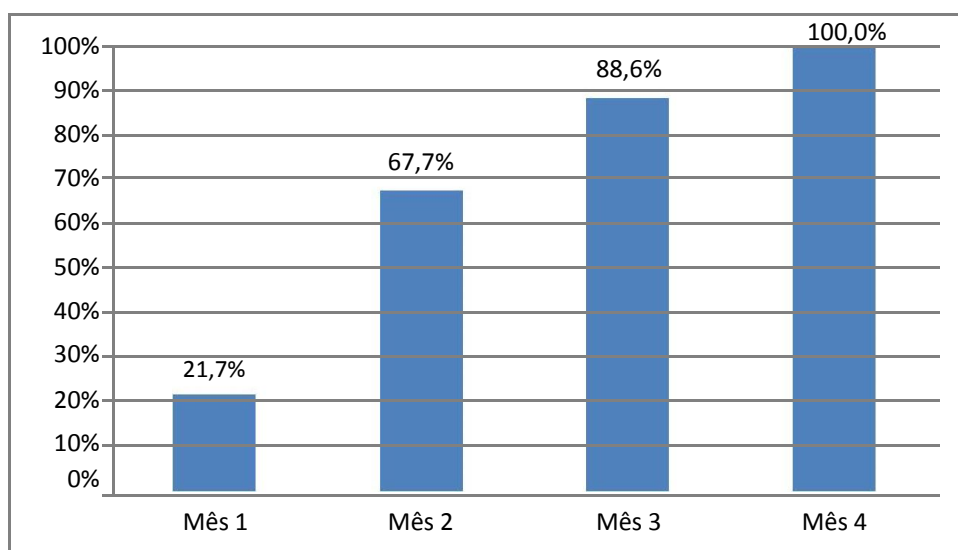


Figura 16 – Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

#### Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos

**Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

As orientações nutricionais sobre alimentação também é uns dos itens da ficha espelho, e quando o usuário entrava na consulta era realizado. Por esta razão os números também são os mesmos que a meta de manter as fichas de acompanhamento. No primeiro mês 66 hipertensos de 247 com orientação nutricional, 26,7%, no segundo 222 pessoas de 329, 67,5%, no terceiro, 302 pessoas de 339, 89,1% e no quarto se realizou a orientação em todos os cadastrados 369, 100%. Estas

orientações foram feitas no consultório médico individualmente adaptadas para cada caso, em alguns casos se destinou à nutricionista. A promoção de alimentação saudável também se realizou nos grupos com apoio de uma nutricionista, além de folhetos distribuídos na comunidade. Não tivemos inconvenientes na hora de dar as orientações, mas sim na aceitação e implementação destas medidas, especialmente com o consumo de embutidos e o alto consumo de vinho. As mudanças estão sendo feitas devagar, nestes resultados podem-se notar nas pressões dos usuários, no começo a maioria se encontrava em estágio de hipertensão 2 ou 3, agora a maioria está em estágio 1. A diminuição de peso dos usuários nestes meses fez efeito na pressão diminuindo entre 5 a 10 mmHg, assim como da glicemia (Apêndice 4 – planilha de controle), resultado da maior atividade física, boa alimentação, diminuição de álcool, sal, embutidos e conservas, além de um melhor controle da medicação. Os exames laboratoriais mostram aumento de HDL e diminuição de LDL. Conforme a Figura 17.

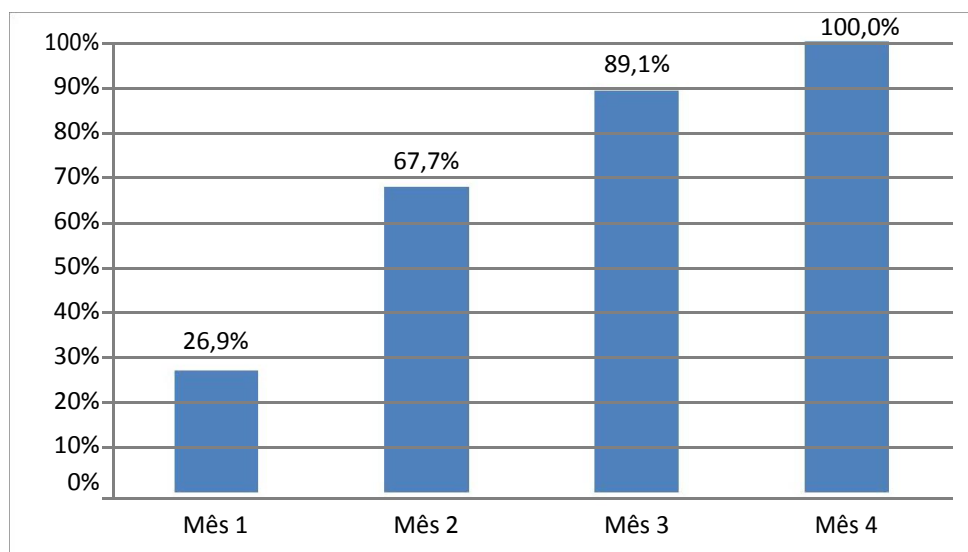


Figura 17 – Gráfico Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 6.2.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Como foi dito anteriormente, as orientações nutricionais são uns dos itens da ficha espelho, realizada na consulta medica. Por esta razão os números também são os

mesmos que a meta de manter as fichas de acompanhamento. No primeiro mês 10 diabéticos de 47 com orientações nutricionais, 26,7%, no segundo 44 pessoas de 65, 67,7%, no terceiro, 62 pessoas de 69, 89,9% e no quarto se atingiu a meta de 100%, 76 com orientações nutricionais sobre alimentação saudável. Estas orientações foram feitas no consultório médico individualmente adaptadas para cada caso. A promoção de alimentação saudável também se realizou nos grupos de Hiperdia com apoio de uma nutricionista, além de folhetos distribuídos na comunidade. A aceitação e implementação destas medidas, especialmente com o consumo de embutidos e o alto consumo de vinho, foi o problema. Mais valeu a pena insistir tem vários diabéticos que diminuíram a dose de metformina 850mg de 3 vezes por dia a 2 vezes por dia. Também usuários pré-diabéticos conseguiram normalizar seus parâmetros glicêmicos, mudando sua alimentação, diminuindo o consumo de álcool e exercitando-se. Conforme a Figura 18.

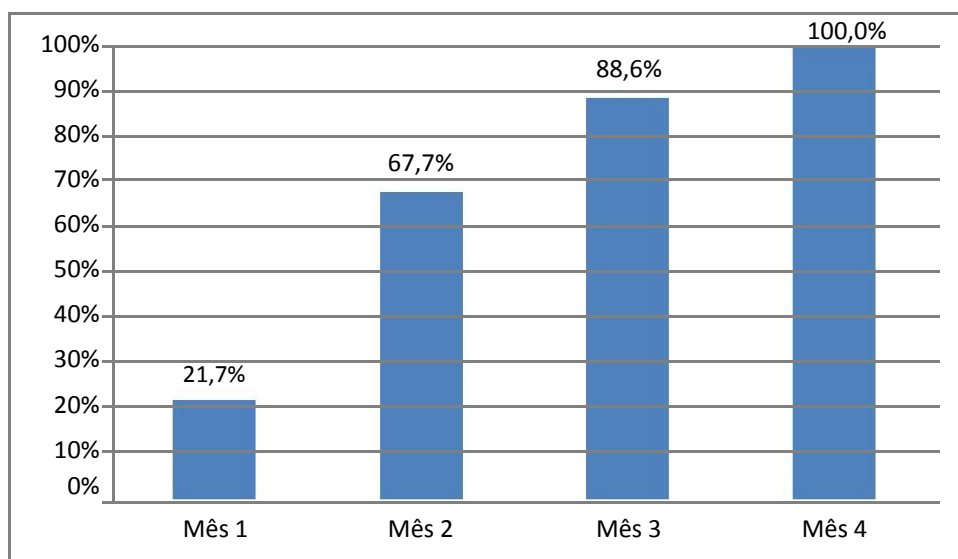


Figura 18 – Gráfico Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 6.3.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

As orientações em relação à prática regular de atividade física também é um dos itens da ficha espelho, quando o usuário entrava na consulta era realizado. Por

esta razão os números também são os mesmos que a meta de manter as fichas de acompanhamento. No primeiro mês 66 hipertensos de 247 com orientação sobre atividade física, 26,7%, no segundo 222 pessoas de 329, 67,5%, no terceiro, 302 pessoas de 339, 89,1% e no quarto se realizou esta orientação em todos os cadastrados 369, 100%. Estas orientações foram feitas no consultório médico individualmente adaptadas para cada caso. A promoção de atividade física também se realizou nos grupos de Hiperdia com apoio de uma fisioterapeuta, já que não conseguimos a participação de um professor de atividade física como foi planejado no projeto (Apêndice 2). Além disso, foi realizada uma caminhada saudável com os membros da comunidade e foram distribuídos folhetos (Apêndice 1). Os resultados destas orientações e ações já são visíveis nas ruas de Otavio Rocha, onde a quantidade de pessoas realizando atividade física, muitas delas idosos participantes do programa, tem aumentado, conforme a Figura 19.

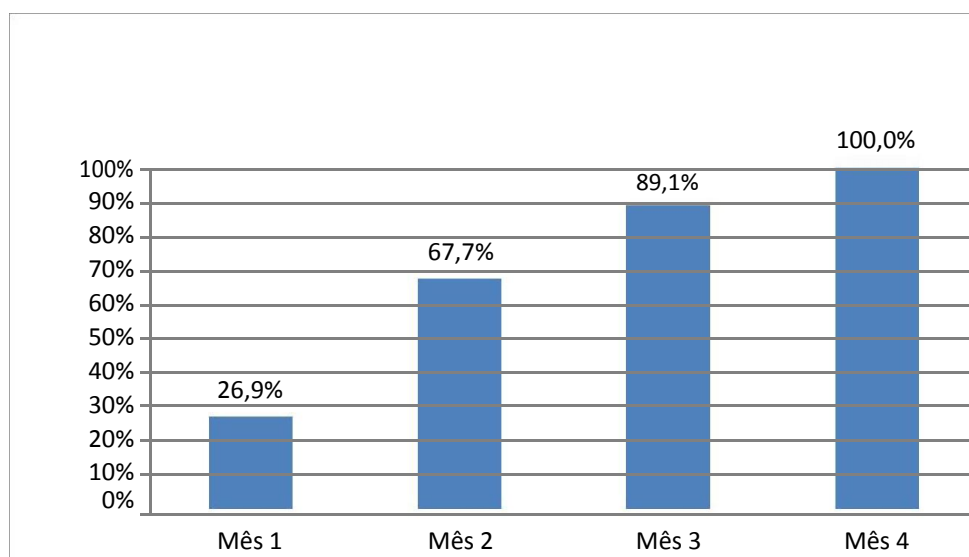


Figura 19 – Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 6.4.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos

Por ser um item da ficha espelho, são os mesmos que a meta de manter as fichas de acompanhamento. No primeiro mês 10 diabéticos de 47 com orientações

sobre atividade física regular, 26,7%, no segundo 44 pessoas de 65, 67,7%, no terceiro, 62 pessoas de 69, 89,9% e no quarto se atingiu a meta de 100%, 76 pessoas. Estas orientações foram feitas no consultório médico individualmente adaptadas para cada caso. A promoção de atividade física também se realizou nos grupos de Hiperdia com apoio de uma fisioterapeuta. Além disso, foi realizada uma caminhada saudável com os membros da comunidade (Apêndice 2). Os resultados destas orientações e ações já são visíveis. Como foi exposto na meta de orientação de alimentação saudável tiveram casos em que a medicação foi mudada, devido a incorporação da atividade física na rotina dos usuários, conforme a Figura 20.

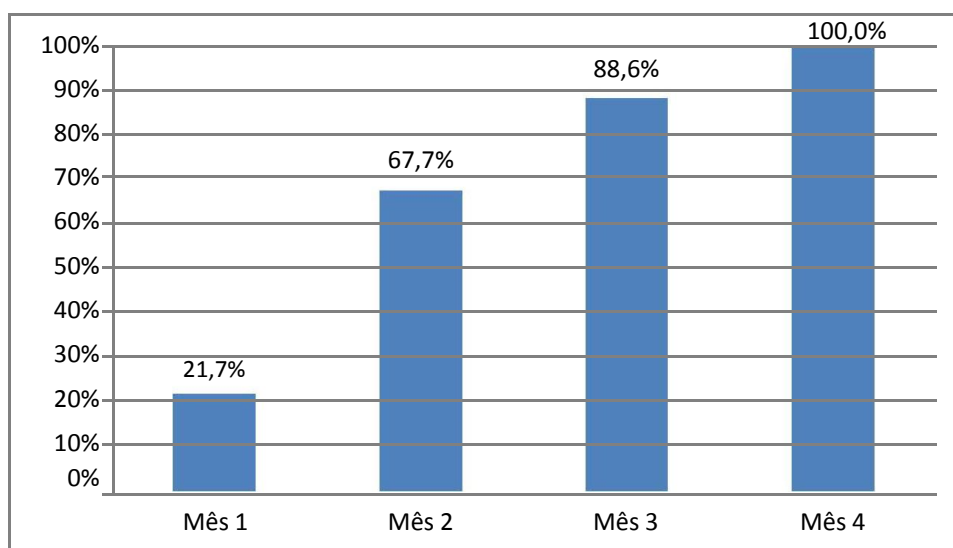


Figura 20 – Gráfico Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 6.5.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

A orientação sobre os riscos do tabagismo também é um dos itens da ficha espelho, quando o usuário entrava na consulta era realizado. Por esta razão os números também são os mesmos que a meta de manter as fichas de acompanhamento. No primeiro mês 66 hipertensos de 247 com orientação sobre risco de tabaquismo, 26,7%, no segundo 222 pessoas de 329, 67,5%, no terceiro, 302

peças de 339, 89,1% e no quarto se realizou esta orientação em todos os cadastrados 369, 100%, conforme a Figura 21. Estas orientações foram feitas no consultório médico individualmente. Também se realizou durante a intervenção um grupo para deixar de fumar onde participaram 11 pessoas, a maioria hipertensa, 8 deixaram o cigarro. Este mal hábito é comum na comunidade e é difícil conscientizar a pessoas para deixá-lo, especialmente os idosos, mais com os grupos se está buscando apoiar aos que tem vontade de parar.

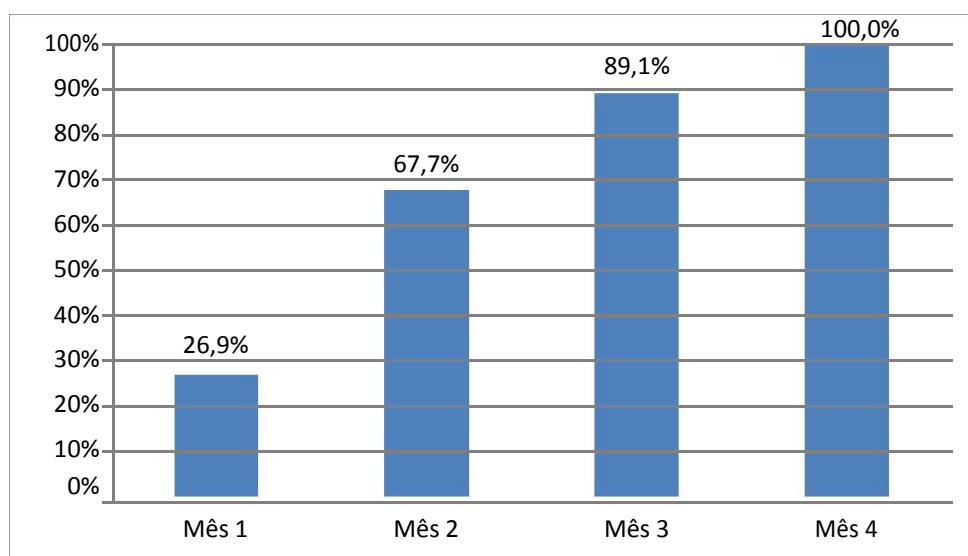


Figura 21 –Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 6.6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

A orientação sobre os riscos do tabagismo também é um dos itens da ficha espelho, quando o usuário entrava na consulta era realizado. Por esta razão os números também são os mesmos que a meta de manter as fichas de acompanhamento. No primeiro mês 10 diabéticos de 47 com orientações sobre risco de tabagismo, 26,7%, no segundo 44 pessoas de 65, 67,7%, no terceiro, 62 pessoas de 69, 89,9% e no quarto se atingiu a meta de 100%, 76 pessoas. Estas orientações foram feitas no consultório médico individualmente. Como se comentou na meta anterior se

realizou durante a intervenção um grupo para deixar de fumar onde participaram 11 pessoas e 8 deixaram o cigarro. Conforme a Figura 22.

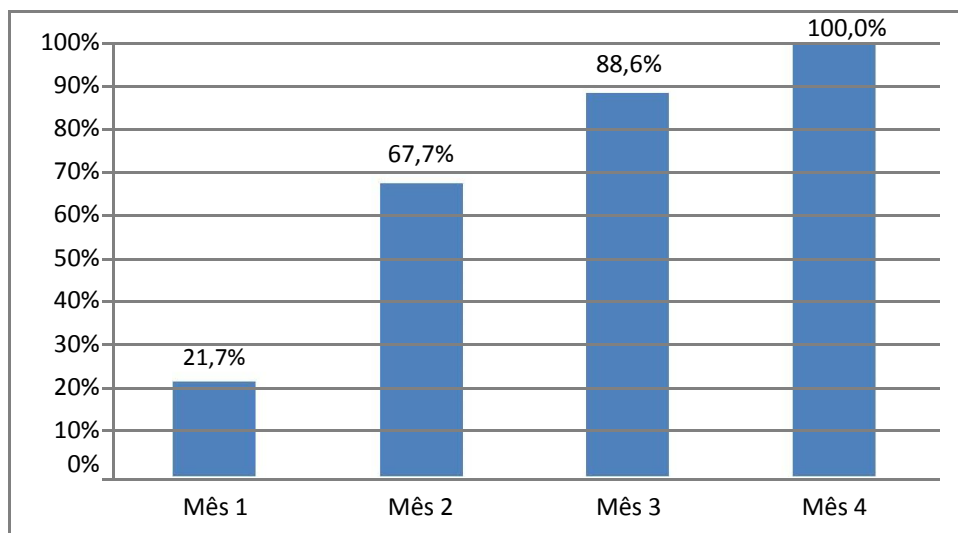


Figura 22 – Gráfico Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 6.7.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Igual a avaliação odontológica, as orientações sobre higiene bucal começaram com as mesmas dificuldades no primeiro mês devido ao esquecimento, nas primeiras semanas do projeto, de realizar as orientações por querer fazer um atendimento rápido. Dos 247 usuários hipertensos cadastrados só 17 receberam no primeiro mês avaliação, 6,9%. No segundo mês com a melhora na organização da equipe os números melhoraram muito, já que se fez parte da rotina de igual modo que as demais orientações, atingindo 52,3% de atendimentos, um total de 172 de 359 cadastrados. No terceiro mês 74,3% foi atingido, 252 de 339 e finalmente se chegou a 85,4% de avaliação dos cadastrados no quarto mês, 315 de 369. A meta estipulada de 100% não se concretizou, mas de todas as formas os resultados foram ótimos. Para corrigir os erros do primeiro mês a partir do quarto mês, se está fazendo agendamento de consulta às pessoas que não fizeram ou foi realizada nas visitas domiciliares. Conforme a Figura 23.



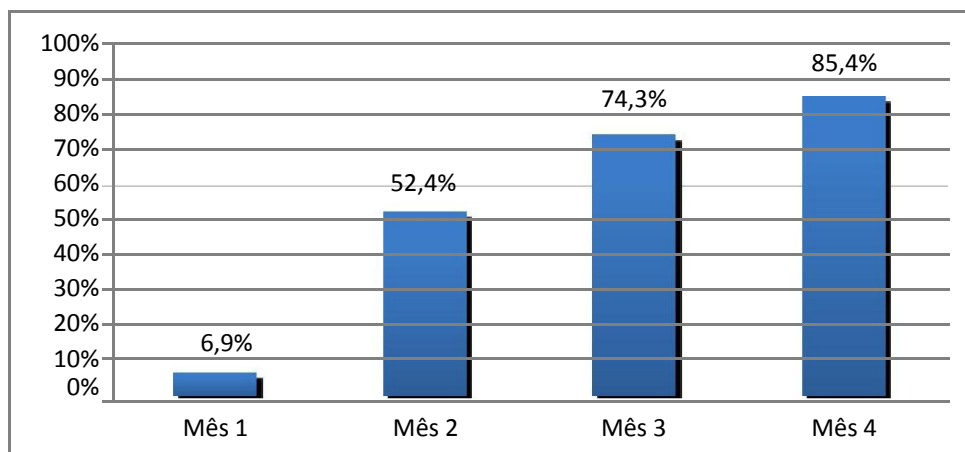


Figura 23 – Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

A orientação sobre higiene bucal em diabéticos teve os mesmos inconvenientes que nas orientações dos hipertensos no primeiro mês. Dos 47 usuários cadastrados só 3 receberam orientação, 6,4%. No segundo mês devido as melhoras já mencionadas, se logrou cobrir 56,9% dos atendimentos, um total de 37 pessoas de 65 cadastrados. No terceiro mês 79,7% foram abordadas, 55 avaliados de 69 usuários e finalmente se alcançou 89,5% de avaliação dos cadastrados no quarto mês, 68 de 76. A meta de 100% não se cumpriu, mais de todas as formas os resultados foram muito bons. Igual aos hipertensos, está sendo feito agendamento de consulta às pessoas que não fizeram ou foi realizada apenas nas visitas domiciliares. Conforme a Figura 24.

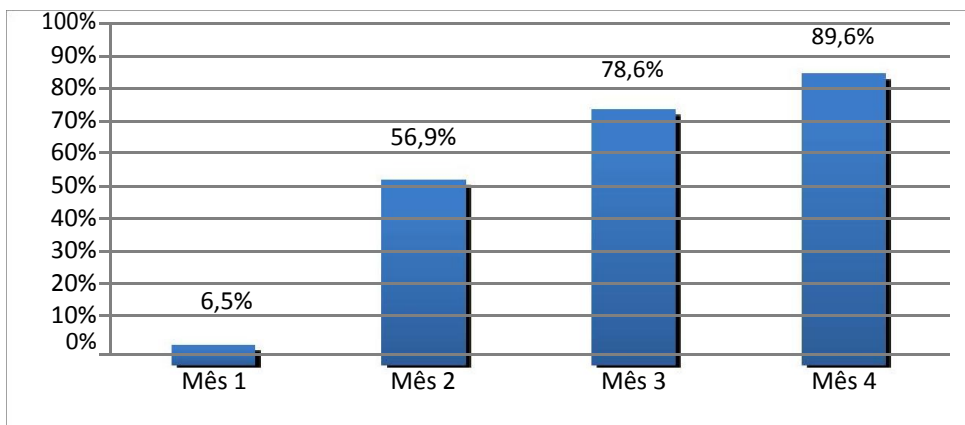


Figura 24 –Gráfico Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

## 4.2 Discussão

A implementação do Projeto na Unidade Otavio Rocha ajudou a acelerar a organização da área de abrangência e a realizar o mapeamento das micro áreas, para conseguir fazer a intervenção no tempo estipulado. Buscou-se a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, agilização do pedido de exames de sangue para estes usuários, assim como realizar o controle clínico, de exames, de fatores de risco e orientações de saúde para todos os cadastrados, incluindo as fichas espelho no prontuário de cada usuário e a marcação da próxima consulta e/ou o encaminhamento de exames necessários. Aumentou a demanda por medicamentos a serem retirados nos grupos ou na UBS, como também a difusão do Programa na comunidade de hábitos saudáveis que já se veem reflexos na saúde. Estas ações provocaram um maior engajamento entre a equipe da Unidade Básica de Saúde e a população de Otavio Rocha.

A equipe com formação recente conseguiu se estruturar e capacitar tanto no referente ao Programa e ações baseadas no Protocolo escolhido, o relatório anual “A Organização do Cuidado às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica em Serviços de Atenção Primária à Saúde” e “A organização do cuidado às pessoas com diabetes mellitus tipo 2, em serviços de atenção primária à saúde” (Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre, 2011) para realizar adequadamente a intervenção, como em outros aspectos que servem para todas as atividades da unidade: ouvidoria e acolhimento de usuários, ética profissional, didática para grupos, funcionamento da ESF e direitos e deveres de cada cargo dentro da equipe. Estes conhecimentos impulsaram iniciativas próprias de cada integrante para agir dentro do planejado no projeto, contribuindo para o êxito da intervenção como à luta em exigir por parte dos gestores os direitos atribuídos pela lei, conseguindo as ACS um aumento de salário e agora estão lutando pelo pagamento de insalubridade.

Chegou-se um trabalho integrado que fortaleceu e consolidou a equipe. As ACS foram as responsáveis, num primeiro momento, pelo censo para conseguir começar a intervenção, logo nas visitas a incentivar o cadastramento no programa, visitar faltosos,

detectar casos de risco, controlar o uso de medicação nos domicílios e trazer as dúvidas dos usuários, organização de grupos junto com a equipe. A técnica em enfermagem foi a encarregada da recepção, realizando ouvidoria junto a enfermeira, agendamento de consultas, organização da ficha espelho junto com as ACS, realizando as medições pertinentes, passar os dados para planilha eletrônica, controle de medicação e atualização dos dados do SIAB. A enfermeira se encarregou de organizar as capacitações e ditá-las junto com o médico, estabelecer vínculos com outras instituições e profissionais, colaborar no cadastramento de usuários, contatar-se com os gestores demandando materiais e apresentando necessidades da unidade e da equipe, monitoramento geral da intervenção junto com o médico e visitas domiciliares de casos específicos. O médico realizou o atendimento clínico, controle de exames complementares e estratificação do risco cardiovascular, orientações sobre alimentação saudável, atividade física, tabagismo e saúde bucal, capacitação da equipe, visitas domiciliares e seguimento de usuários de risco. Conforme figuras 25 e 26.



Figura 25 – Atividades em grupo sobre alimentação saudável e tabagismo



Figura 26 – Atividades em grupo sobre atividade física. Projeto Caminhada saudável

Estas ações acabaram tendo impacto também em outras atividades no serviço: implementação de consulta marcada, maior tempo de consulta com controle antropométrico, agilização nos pedidos de exames de sangue, aumento da demanda de medicação da Farmácia Popular, maior número de consultas e pedidos de visitas domiciliares médicas, proximidade com as instituições de Otavio Rocha que se acercam à UBS e pedem orientações e palestras sobre temas específicos.

Antes da intervenção a unidade de saúde estava ainda desorganizada e não se tinha o mapeamento da área, tarefa que realizaram as ACS, enfermeira e os gestores durante a elaboração do projeto. A UBS funcionava com um médico uma vez por semana e a técnica de enfermagem, onde o trabalho era principalmente renovação de receitas, a maioria dos hipertensos e/ou diabéticos consultavam com médico particular esporadicamente, sem seguimento de controle e pouca consciência dos danos de sua enfermidade. A partir da incorporação de enfermeira, ACS e médico permanente em Outubro de 2013, se começou a trabalhar com ESF e a elaboração do Projeto de Intervenção, que serviu de guia para a agenda de atividades do posto em 2014. Com a equipe formada e com vontade de trabalhar, conseguiu começar a intervenção no momento estipulado, cada membro com função definida e entendida, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas.

Formou-se um sistema de registro mais rigoroso e específico para hipertensos e/ou diabéticos, se organizou o agendamento para atendimento de controle a todos os cadastrados sem interferir com as outras atividades da unidade, deixando a entrega de medicamentos para os dias dos grupos.

O impacto da intervenção é bem percebido pela comunidade, as mudanças são visíveis e destacadas pelos usuários que reconhecem como positivas as modificações que a saúde em Otavio Rocha vem sofrendo. A promoção da saúde focada nos hábitos saudáveis tem destaque dentro da intervenção, as conversações na sala de espera são referentes às mudanças em relação a estes temas, os cartas e folhetos na UBS os incentivam. O número de pessoas realizando atividade física nas ruas vem aumentando. A atenção personalizada de cada diabético e hipertenso, as visitas domiciliares, os grupos tanto de hipertensos e/ou diabéticos como de tabagismo geraram na comunidade a sensação de verdadeiro interesse da equipe na sua saúde. A facilidade

de retirar os medicamentos e encaminhar seus exames em Otavio sem necessidade de ir Flores, foi uma das ações que ajudaram ao bom ânimo da população. A integração do posto com a escola e as paróquias locais, criaram vínculos que permitiram a difusão da nova forma de trabalhar na UBS, que primeiro foram queixas, depois se converteram em elogios. Pode-se dizer que em relação à comunidade não tivemos aspectos negativos a destacar, mas ainda estamos em falta por ter duas áreas com diabéticos e hipertensos por cadastrar e incluir no programa.

Os resultados da intervenção poderiam ter sido diferentes, cumprindo todos os objetivos, se na análise situacional tivesse posto maior atenção à falta de ACS em duas microáreas e criado mais medidas para atingir estas áreas. Também se tivesse considerado a situação dos diabéticos e hipertensos que na maior parte atendia-se de forma particular e os medicamentos prescritos não estavam dentro da Farmácia Popular, levando anos de consumo destes medicamentos, portanto uma meta de 100% se tornou uma ilusão. Outro aspecto a mudar seriam as avaliações odontológicas que não começaram no momento certo por falta de organização, mais com o passar das semanas fez parte da rotina. A incorporação da intervenção na rotina da UBS ajudará a corrigir os erros e continuar melhorando a atenção desta população.

Para isto, será marcado novamente consultas de controle com os usuários que não receberam avaliação odontológica ou fazê-los durante as visitas domiciliares. Numa das áreas sem ACS a partir de novembro se incorporou uma que já está fazendo o cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos a incluir no Programa, que receberão todas as orientações pertinentes. Na outra área, o plano é realizar um anúncio semanal na capela da comunidade para que as pessoas com estas doenças deixem seus nomes e telefone para ser contatadas pela equipe. De todas as formas seguiremos insistindo aos gestores na abertura de novas vagas para ACS, porque comprovamos que o apoio delas é fundamental para o seguimento dos usuários e seus hábitos de vida, que em pouco tempo ajudaram a melhorar a saúde. Se bem se elaborou os indicadores para registrar os usuários com orientações sobre hábitos saudáveis, seria interessante registrar também o número de pessoas que tem diminuído o consumo de medicação devido às mudanças nos hábitos, assim, sabemos que isto aconteceu mais não temos as proporções destas mudanças, estes números nos ajudariam para respaldar nossos

pedidos de ACS.

Neste mês de novembro depois das 16 semanas de intervenção terminou o contrato de uma das ACS e da enfermeira, o que é um retrocesso no trabalho que realizamos e afetou negativamente o ânimo da equipe. Pela incorporação da nova enfermeira e uma ACS se realizou uma capacitação geral às novas integrantes sobre o projeto e o plano é fazer um fechamento das atividades do Programa com vistas a sua continuidade e foco na prioridade. Além de isso tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de saúde do idoso na UBS, em conjunto com o CRAS.

#### **4.3 Relatório da Intervenção para a Comunidade**

Usuários da UBS Otavio Rocha:

A disposição e a proximidade de vocês com a UBS tem permitido praticar neste ano as medidas de saúde que resultaram numa melhora nos hábitos de vida da comunidade, portanto, estamos como equipe muito agradecidos por seu apoio e participação. Foi implementado um projeto para melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos e/ou diabéticos, através do Programa de Atenção, que incluiu promoção de hábitos saudáveis para toda a comunidade. As mudanças são visíveis, o número de pessoas realizando atividade física nas ruas tem aumentado e escutamos conversações sobre prevenção na sala de espera ou nas visitas domiciliares. Tivemos o prazer de compartilhar junto a vocês momentos especiais, graças à formação de Grupos de Hipertenso-Diabéticos e Grupos antitabagismo, através dos quais nos conhecemos melhor e muitos de vocês tomaram decisões importantes, como deixar o cigarro, mudar sua alimentação e se comprometer com a atividade física, o que me deixa muito feliz ao ver que graças a essas mudanças podemos diminuir sua medicação, e em alguns casos a retirada completa.

Foi muito importante esta intervenção, pois de uma estimativa de 395 hipertensos e 98 diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, conseguiu-se concluir a intervenção com uma cobertura de 93,4% (369) hipertensos e 78,6% (77)

diabéticos devidamente cadastrados e acompanhados. Ou seja, antes deste processo intervencionista tínhamos apenas 225 (57%) usuários hipertensos cadastrados e 62 (64%) diabéticos, sem o devido acompanhamento, o que acarretava em muitas mortes e sequelas por falta de assistência adequada e atividades de prevenção efetivas. Este despertar, não só ampliou o quantitativo de pessoas vinculadas ao programa como melhorou sua qualidade de vida e o trabalho da equipe de saúde.

Hoje existem usuários com 100% de exames clínicos e complementares em dia; 100% de busca ativa aos faltosos de atendimento, com estratificação do risco cardiovascular, com orientações quanto à alimentação saudável e prática de atividade física, assim como quanto ao risco de tabagismo. Prevenindo, portanto, possíveis complicações decorrentes a doença que portam.

Queremos agradecer também pela integração da escola e paróquias com a unidade, criaram vínculos que permitiram a difusão da nova forma de trabalhar na UBS, e sempre estiveram dispostos a nos ajudar nos programas que realizamos.

A nova forma de trabalho do Posto incluiu visitas domiciliares, a marcação de consultas, o controle integral de sua saúde incluindo exames de rotina que agora são encaminhados desde Otavio sem necessidade de ir em Flores, a retirada de medicamentos nos grupos que incluiu palestras sobre hábitos saudáveis com uma nutricionista, uma fisioterapeuta e uma psicóloga e onde foi possível tirar dúvidas. Também, muitos de vocês participaram da caminhada saudável que fizemos nas ruas, e todas estas mudanças contribuíram para que hoje possam expressar com orgulho que o atendimento a saúde desta comunidade tem dado um passo para frente. De cada 10 hipertensos da comunidade 9 já fazem parte de nosso programa e de cada 10 diabéticos 7, mas o desafio para o ano que vem é que todos sejam cadastrados e recebam os benefícios que ele proporciona.

Vocês são um povo muito querido e nós como equipe queremos continuar fazendo bem nosso trabalho, para prosseguir com a melhora da qualidade de vida de cada pessoa de Otavio Rocha, para isso precisamos de seu apoio. As atividades deste ano acabaram, mas ainda temos muitos desafios por vencer e no próximo ano esperamos contar com vocês com o mesmo apoio que recebemos este ano. Obrigado!

#### **4.4 Relatório da Intervenção para os Gestores**

Prezados gestores:

Durante este ano tivemos a oportunidade de trabalhar com a implementação do Projeto “Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos e/ou diabéticos” associada ao Programa Hiperdia. Antes da intervenção a unidade de saúde estava desorganizada e não tinha o mapeamento da área, tarefa que realizaram as ACS, enfermeira e os gestores durante a elaboração do projeto. A UBS funcionavam com um médico uma vez por semana e a técnica de enfermagem, onde o trabalho era principalmente renovação de receitas, a maioria dos hipertensos e/ou diabéticos consultavam com médico particular esporadicamente, sem seguimento, controle e pouca consciência dos danos de sua enfermidade. A partir da incorporação da enfermeira, ACS e médico permanente em Outubro de 2013, se começou a trabalhar com ESF e a elaboração do Projeto de Intervenção, que serviu de guia para a agenda de atividades no ano 2014. Com a equipe formada e com vontade de trabalhar, se conseguiu começar a intervenção no momento estipulado, cada membro com função definida e entendida....

Foi possível acelerar a organização das áreas de abrangência e realizar o mapeamento das microáreas, se buscou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, agilizar o pedido de exames de sangue para estes usuários, realizar o controle clínico, de exames, de fatores de risco e orientações de saúde para todos os cadastrados, incluindo a marcação da próxima consulta e/ou o encaminhamento de exames necessários. Devido ao êxito da intervenção aumentou a demanda de medicamentos do Hiperdia a serem retirados nos grupos ou no posto, como também a difusão do Programa na comunidade de hábitos saudáveis que já se veem reflexos na saúde. Estas ações acabaram tendo impacto também em outras atividades no serviço como implementação de consulta marcada, maior tempo de consulta com controle antropométrico, maior número de consultas e pedidos de visitas domiciliares médicas, proximidade com as instituições de Otavio Rocha que se acercam ao posto e pedem orientações e palestras sobre temas específicos. Tudo isto provocou um maior engajamento entre a Unidade Básica de Saúde e a população de Otavio



Rocha.

Foi muito importante esta intervenção, pois de uma estimativa de 395 hipertensos e 98 diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, conseguiu-se concluir a intervenção com uma cobertura de 93,4% (369) hipertensos e 78,6% (77) diabéticos devidamente cadastrados e acompanhados. Ou seja, antes deste processo intervencionista tínhamos apenas 225 (57%) usuários hipertensos cadastrados e 62 (64%) diabéticos, sem o devido acompanhamento, o que acarretava em muitas mortes e sequelas por falta de assistência adequada e atividades de prevenção efetivas. Este despertar, não só ampliou o quantitativo de pessoas vinculadas ao programa como melhorou sua qualidade de vida e o trabalho da equipe de saúde.

Hoje existem usuários com 100% de exames clínicos e complementares em dia; 100% de busca ativa aos faltosos de atendimento, com estratificação do risco cardiovascular, com orientações quanto à alimentação saudável e prática de atividade física, assim como quanto ao risco de tabagismo. Prevenindo, portanto, possível complicações decorrentes a doença que portam.

O impacto da intervenção é bem percebido pela comunidade, as mudanças são visíveis e destacadas pelos usuários que reconhecem como positivas as modificações que a saúde em Otavio Rocha vem sofrendo. A promoção da saúde enfocada nos hábitos saudáveis tem destaque dentro da intervenção, as conversações na sala de espera são majoritariamente referentes às mudanças em relação a estes temas.

De cada 10 hipertensos 9 estão inclusos no Programa e de cada 10 diabéticos 7, mas nosso objetivo para o ano que vem é que 100% tenha cobertura, para isso precisamos 2 ACS a mais. Pode-se dizer que em relação com a comunidade não tivemos aspetos negativos a destacar mais ainda estamos em falta por ter duas áreas com diabéticos e hipertensos por cadastrar e incluir no programa. Por este motivo, seguimos insistindo aos gestores na abertura de novas vagas para ACS, porque comprovamos que o apoio destes profissionais é fundamental para o seguimento dos usuários e seus hábitos de vida, que em pouco tempo ajudaram a melhorar a saúde da comunidade.

## **5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM**

Na experiência pessoal de aprendizagem, a especialização em Saúde da Família foi bastante distinta do imaginado. Como médico, tinha expectativas diferentes para a especialização onde pensei que seria focado em aprendizado clínico voltado para as especialidades básicas do dia a dia do médico, mas na realidade o curso foi mais bem organizacional, como gerentes na organização da UBS, uma parte que para o médico é bem difícil, sendo assim fico feliz em ter aprendido a organizar uma equipe, elaborar um projeto, estabelecer um cronograma com metas semanais que foi indispensável, como também desempenhar uma intervenção e uma evolução crítica da mesma. Todas as unidades estão elaboradas de uma forma sequencial muito proveitosa e conectadas uma com a outra, em cada uma delas o feedback do orientador foi fundamental, especialmente com os exemplos, para elaborar o projeto. A proposta que o curso exige, na análise situacional, gestão, intervenção, monitoramento populacional e trabalho em grupo vem ao encontro das necessidades da população.

Olhando as primeiras atividades do curso posso ver um crescimento profissional na elaboração do projeto, o que primeiro foram meras opiniões pessoais foram ganhando peso, argumento que mediante as análises definiram o tema do projeto e semana por semana se transformou em uma intervenção exitosa. Não foi um trabalho fácil, muitas horas dedicadas, tiveram momentos que parecia impossível acabar a elaboração do projeto, porém me trouxe como ensino que a dedicação a esta etapa facilitou muito o trabalho posterior, a implementação, tudo estava organizado e preparado com antecipação, a equipe sabia das atividades há realizar cada semana, isto fez com que fosse fácil identificar os inconvenientes que surgiram, fazer mudanças, adaptar-se, ter a visão geral das metas a alcançar a visão específica dos objetivos semanais permitiu uma evolução constante da equipe no processo da intervenção.

Os indicadores permitiram refletir os resultados obtidos, o que é muito importante na hora de mostrar para a comunidade e aos gestores o trabalho realizado, semana em semana a equipe via seus objetivos se cumprindo, mas a população e os gestores não. Acabada a intervenção os indicadores demonstraram estes resultados e ver em que medida se cumpriu, trazendo maior credibilidade a nosso trabalho.

Os aspectos mais relevantes durante este ano de aprendizado foram a administração de recursos humanos dentro da equipe e de planejamento de um projeto que irá persistir ao longo de toda minha carreira profissional. O curso de especialização não me deixou apenas ensinamentos de âmbito cognitivo, mas também na parte emocional, pois a realização da intervenção foi algo que mexeu com as estruturas da comunidade e da equipe de saúde quanto a qualidade assistencial. No começo parecia impossível, nos meses de preparação muitos usuários queixaram-se pela nova forma de funcionamento, sem querer cooperar, com desconfiança e, com o passar do tempo foram conhecendo e reconhecendo a importância de cada um deles, apoiando e cumprindo com as orientações e prescrições. Foi possível entender que uma consulta individualizada com verdadeira preocupação/responsabilização do usuário faz muito mais que uma prescrição medicamentosa. A intervenção possibilitou valorar o trabalho em equipe, o qual foi essencial para conseguir a abertura da comunidade para com a unidade de saúde, por meio de demonstrações de carinho e respeito.

## REFERÊNCIAS

FAJARDO CAROLINA, A importância da abordagem não farmacológica da hipertensão arterial na Atenção primária a Saúde, (Rio de Janeiro) o Revista Brasileira Med. Fam. Com, vol. 1 nº 4 jan./mar, pág. 107, 2006, Disponível em <<http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/30/28>> Acesso em 30 de junho 2014.

GALLO ANDRESSA, Olá Serra Gaúcha, Caxias do Sul, Índice de diabéticos e hipertensos registrou aumento de 20% em três anos, 09 de Junho de 2014 Disponível em <<http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/30/28>> Acesso em 30 de junho 2014.

GASTAL FASSA A., FACCHINI L., GASTAL FASSA M., CESAR M., SILVA DURO S. TOMASI E., CERIOLI GIRALDI M. Planilha de coleta de dados de para o Programa de Especialização de aos Hipertensos e/ou diabéticos, Especialização em Saúde da Família, UFPEL

GASTAL FASSA A., FACCHINI L., GASTAL FASSA M., CHRESTANI CESAR M., SILVA DURO S., TOMASI E. Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações Para A Saúde de Hipertensos e/ou diabéticos, Especialização em Saúde da Família da UFPEL

HONORATO PEREIRA PRISCILA MELISSA, Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família, Fundação Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Mestrado em Saúde Coletiva, Recife, 2007, pág. 6 Disponível em <<http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/30/28>> Acesso em 30 de junho 2014.

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS, Ficha Espelho, Especialização Saúde da Família em Universidade Federal de Pelotas

RELATÓRIO ANUAL DE O GRUPO HOSPITALAR NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S.A., Organização do Cuidado às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica em Serviços de Atenção Primária à Saúde Porto Alegre, 2011.

RELATÓRIO ANUAL DE O GRUPO HOSPITALAR NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO S.A., Organização do cuidado às Pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2, em Serviços de Atenção Primária à Saúde Porto Alegre, 2011.

## **Anexos**

## Anexo 1 - Ficha Espelho



Especialização em  
Saúde da Família  
Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS  
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não  
 Nome do cuidador: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não  
 Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

[illegible][illegible]



Especialização em  
Saúde da Família  
Federal de Pelotas

## PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

[illegible]

## Anexo 2 - Planilha de Coleta de Dados

### Dados da UBS

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção	247	329	339	369	
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção	47	65	69	76	

*Estimativa no território	
População total	2600
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	1742
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	395
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	98

Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Este seria o número total estimado de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.

Este seria o número total estimado de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

Apresentação	Orientações	Dados da UBS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Indicadores	+	:	◀
--------------	-------------	--------------	-------	-------	-------	-------	-------------	---	---	---

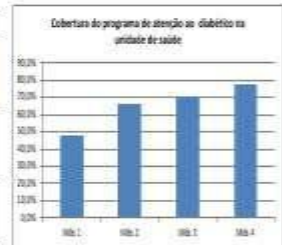


## INDICADORES

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
<b>1.1</b>				
<b>Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde</b>	62,8%	63,3%	65,8%	66,4%
Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS	247	329	339	389
Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de	395	395	395	395



	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
<b>1.2</b>				
<b>Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde</b>	48,0%	66,3%	70,4%	77,8%
Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	47	65	69	76
Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de	98	99	99	99



	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
<b>2.1</b>				
<b>Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b>	26,7%	67,8%	88,3%	100,0%
Numerador: número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	98	222	382	389
Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	247	329	339	389



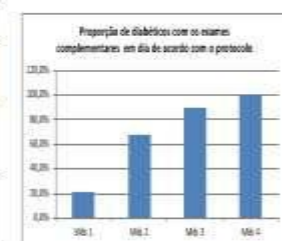
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
<b>2.2</b>				
<b>Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b>	21,2%	67,7%	89,9%	100,0%
Numerador: número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	10	44	62	76
Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	47	65	69	76



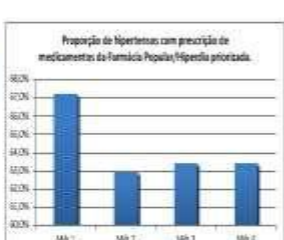
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
<b>2.3</b>				
<b>Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo</b>	26,7%	67,8%	88,3%	100,0%
Numerador: número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia	98	222	382	389
Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	247	329	339	389



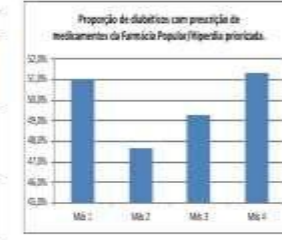
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
<b>2.4</b>				
<b>Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo</b>	21,2%	67,7%	89,9%	100,0%
Numerador: número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia	10	44	62	76
Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	47	65	69	76




	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
<b>2.5</b>				
<b>Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/hipertensão</b>	67,2%	62,8%	63,4%	63,4%
Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/hipertensão	66	287	216	234
Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos	247	329	339	389



	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
<b>2.6</b>				
<b>Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/diabetes</b>	91,2%	47,7%	48,3%	81,2%
Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/diabetes	24	31	34	39
Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos	47	65	69	76



### Anexo 3 – Documento Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## **Apêndices**

## Apêndice 1 – Folheto sobre prevenção da Diabetes e Hipertensão

### FATORES DE RISCO

#### ⇒ Para Diabetes Mellitus:

- Idade acima de 45 anos;
- Obesidade
- História familiar de diabetes em parentes de 1º grau;
- Diabetes durante a gravidez
- Hipertensão arterial
- Colesterol HDL baixos
- triglicérides altos
- Alterações na regulação da glicose;
- Descendência negra, hispanos, e indígenas

#### ⇒ Para Hipertensão Arterial:

- Obesidade;
- Dieta com muito sal
- Tabagismo
- Sedentarismo
- Aterosclerose
- Álcool
- Stress emocional
- Dislipidemia;
- Diabetes mellitus;
- Mais comum no sexo masculino e no sexo feminino pós-menopausa;
- Idade avançada;



PROGRAMA HIPERDIA – OTÁVIO ROCHA

Prevenção da Diabetes  
e Hipertensão

Você também  
deve estar  
interessado!!



**SAÚDE**  
**NÃO TEM PREÇO**

Cuide dela  
Não pague as  
consequências!!

Programa Hiperdia UFG Otávio Rocha

A Diabetes e a Hipertensão são enfermidades tão comuns que é muito fácil conhecer pessoas que padeçam delas. Apesar de ser tão comum são enfermidades perigosas, que trazem muitas consequências que afetam a qualidade de vida. Por isso é importante que você as previna e disfrute de uma vida melhor.

### Você sabia que...?

- ⇒ Se você tem 18 anos ou mais deve medir sua pressão arterial, e o açúcar em sua sangue pelo menos uma vez por ano. Se os valores não são normais sua equipe de saúde orientará você.
- ⇒ A realização de consultas de controle são muito importantes. Porque esperar estar enfermo para ir ao médico? Controlando sua saúde uma vez por ano e mudando algumas atitudes você pode fazer que a enfermidade não apareça, isso é prevenção. Melhor prevenir antes que curar.
- ⇒ Se você já tem pressão arterial maior que 135/80mmHg tem mais possibilidades de ter diabetes, assim que o cuidado deve ser o dobro para não lamentar depois.

Se tem dúvidas consulte a seu equipe de saúde!



## Hipertensão

Doença silenciosa, previna-se.





## Você sabia que...?

- = Se você tem 18 anos ou mais deve **medir sua pressão arterial, e o açúcar em sua sangue pelo menos uma vez por ano**. Se os valores não são normais sua equipe de saúde orientará você.
- = A **realização de consultas de controle** são muito importantes. Porque esperar estar doente para ir ao médico? Realizando exames periódicos e mudando algumas atitudes você pode fazer que a enfermidade não apareça, isso é prevenção. Melhor prevenir que remediar.
- = Se você já tem **pressão arterial maior que 140/80mmHg tem mais possibilidades de ter diabetes**, assim que o cuidado deve ser em dobro para não lamentar depois.

**Se tem dúvidas consulte a seu equipe de saúde!**

## Prevenção da Diabetes e Hipertensão

**Você também deve estar interessado!!**

### Hipertensão

**Doença silenciosa, previna-se.**



UBS Otavio Rocha — Programa HIPERDIA

## Apêndice 2 - Convite sobre a Caminhada Saudável e controle das visitas domiciliares

### Projeto Caminhada Saudável!



Em comemoração ao Dia do Idoso a ESF Otávio Rocha realizará no dia **25 de setembro, quinta-feira, às 13hrs30min no salão comunitário de Otávio Rocha a 1ª edição do Projeto Caminhada Saudável.** Na ocasião nos reuniremos no salão e sairemos em caminhada pelas ruas da comunidade. Após a caminhada haverá confraternização, para isso pedimos que cada um traga um prato (doce ou salgado). Desde já agradecemos e contamos com a presença de todos.



Estive em sua residência para acompanhamento do Posto de Saúde de Otávio Rocha em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Favor ligar na unidade, 3279-1320.

(nome da ACS)

**Agente Comunitária de Saúde**

[illegible]



# **Apêndice 4 - Planilha de Controle de Glicemia e Pressão arterial durante encontros educativos**

**Encontro - Micro área: X    Agente Comunitário/a de Saúde: XXXXX**

**DIA**

<b>F AMÍLIA</b>	<b>NOME</b>	<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	<b>IDADE</b>	<b>GLICOSE</b>			

<b>F AMÍLIA</b>	<b>NOME</b>	<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	<b>IDADE</b>	<b>PRESSÃO ARTERIAL</b>			